

Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

CONTRIBUTOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE E NA DIMINUIÇÃO DOS PARTOS EM MEIO EXTRA- HOSPITALAR

Cátia Isabel Messias Rosa Parreira

2014



Curso de Mestrado em Enfermagem

Saúde Materna e Obstetrícia

CONTRIBUTOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE E NA DIMINUIÇÃO DOS PARTOS EM MEIO EXTRA- HOSPITALAR

Cátia Isabel Messias Rosa Parreira

Sob orientação da professora Irene Soares

2014



O meu enorme agradecimento,

Ao meu marido pela compreensão, paciência e força impulsionadora,

Aos meus filhos pelo carinho nos momentos em que lhes dediquei menos
atenção,

Aos meus sogros e restante família pelo apoio incondicional,

Aos meus colegas pelo acompanhamento nesta etapa,

À professora Irene Soares pelo incentivo e orientação.

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 4º Curso de Mestrado de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Ao longo deste farei uma reflexão crítica das atividades por mim desenvolvidas no bloco de partos num hospital do Baixo Alentejo. Darei mais enfoque ao desenvolvimento de competências na área da preparação para o parto/parentalidade e a sua influência na prevenção de partos em meio-extra-hospitalar. Utilizei uma metodologia baseada na análise crítica das minhas práticas enquanto aluna de especialidade em enfermagem (AEE) e na Revisão Sistemática da Literatura (RSL), com o intuito de dar resposta à questão de partida em formato PI(C)O: “A frequência das grávidas/casal (P) nos cursos de PPP (I) diminui a incidência dos partos em meio extra-hospitalar (O)?”. Após a pesquisa realizada e a experiência que tive neste Ensino Clínico (EC) apercebi-me que poderá existir alguma relação entre a frequência da grávida/casal nos cursos/sessões de PPP e a prevenção dos partos em meio extra-hospitalar. A educação para a saúde parece ser, de igual forma, um fator preponderante na capacitação das mulheres/casais na tomada de decisão e consequentemente na vivência saudável da transição para a parentalidade. Segundo vários autores referidos ao longo deste trabalho, o enfermeiro especialista é entendido como aquele que melhor capacitado está para efetuar a educação para saúde a este público-alvo.

Palavras-chave: curso de preparação para a parentalidade; parto; extra-hospitalar; e apoio pré-natal.

ABSTRACT

This report was developed under Course with Internship Report, the 4th Master Course of Specialization in Nursing Maternal Health and Midwifery, School of Nursing Lisbon (ESEL). Throughout this will give a critical reflection of the activities developed by me in a hospital births Baixo Alentejo block. I will give more focus to the development of skills in preparation for childbirth/parenting and its influence in preventing births noon outside the hospital. Used a

methodology based on critical analysis of my practice as a student of art in nursing (ESA) and the Systematic Literature Review (SLR) in order to respond to the initial question in PI(C)O format: The "Frequency of pregnant/couple (P) courses in PPP (I) decreases the incidence of births in the extra-hospital (O)." After the survey and the experience I had this Clinical Education (CE) I realized that there may be some relationship between the frequency of pregnant/couple courses/sessions PPP and the prevention of births in the extra-hospital. The health education seems to be, similarly, a major factor in empowering women/couples in decision making and therefore the healthy living of the transition to parenthood. According to several authors referred to throughout this work, the specialist nurse is understood as one that is better able to carry out health education to this target audience.

Keywords: course of preparation for parenthood; childbirth; outside hospitals and pre-natal support.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ABCF – Auscultação dos batimentos cardio fetais

APPT – Ameaça de parto pré-termo

BAR – Bolsa de águas rota

BP – Bloco de partos

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de saúde primários

CTG – Registo cardiotocográfico

DIU – Dispositivo intrauterino

EC – Ensino clínico

EESMO – Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMOG – Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna obstétrica e ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV – Endovenosa

FCF – Frequência cardíaca fetal

IA – Índice de Apgar

IG – Idade gestacional

IO – Índice obstétrico

IVG – Interrupção voluntária da gravidez

ITP – Indução do trabalho de parto

MF – Materno-fetal

OE – Ordem dos enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática baseada na evidência

PPP – Preparação para a parentalidade

RABA – Rotura artificial da bolsa de águas

REBA – Rotura espontânea da bolsa de águas

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão sistemática da literatura

SDR – Síndrome de dificuldade respiratória

SMO – Saúde materna e obstétrica

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUOG – Serviço de urgência obstétrica e ginecológica

TP – Trabalho de parto

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	9
1 – FINALIDADE E OBJETIVOS.....	12
2 – PERCURSO DE APRENDIZAGEM.....	14
2.1 – Objetivo específico nº 1:.....	17
2.2 – Objetivo específico nº 2.....	20
2.3 – Objetivo específico nº 3.....	21
2.4 – Objetivo específico nº 4.....	30
2.5 – Objetivo específico nº 5.....	32
2.5.1 – Metodologia e Operacionalização do Projeto.....	33
2.5.1.1 – Revisão Narrativa da Literatura	34
2.5.1.2 – Revisão Sistemática da Literatura	36
2.5.2 – Aplicabilidade da Evidência na Área.....	38
2.5.3 – Resultados Obtidos.....	38
3 – REFLEXÃO FINAL	42
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	49
ANEXO I – Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório	
ANEXO II – Projeto Individual de Estágio	
ANEXO III – Primeiro Diário de Aprendizagem	

0 – INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do estágio com relatório inserido no 4º CMESMO da ESEL. O mesmo foi desenvolvido sob a orientação tutorial da professora Irene Soares. Este estágio decorreu entre 03/março/2014 e 11/julho/2014 num hospital do Baixo Alentejo – bloco de partos, que inclui serviço de urgência obstétrica e ginecológica. O mesmo compreendeu uma duração total de 750 horas, sendo que 500 horas foram de contato, 25 horas de orientação tutorial e as restantes horas foram de trabalho autónomo; e teve por orientação local uma EEESMO.

Um relatório tem por base efetuar uma narração escrita e reflexão crítica de acontecimentos, que poderá ser utilizada para enumerar resultados de uma determinada experiência, projeto, pesquisa ou observação. Segundo Caldas H. (2002), *“um relatório, como o próprio nome diz, é o relato detalhado de um experimento científico, seja este realizado em laboratório ou através de simulação computacional. Uma atividade prática de uma disciplina experimental, culmina com a elaboração do relatório, conferindo a este, portanto, o papel de ser parte do experimento”*. Neste contexto, este documento tem por objetivo principal a exposição, autoavaliação e reflexão dos objetivos que delineei no projeto de estágio, assim como das intervenções/atividades efetuadas e resultados obtidos. O mesmo deve ser coerente, conciso e claro, de forma a expor o percurso efetuado ao longo do estágio com vista a dar conhecimento das competências/capacidades inerentes ao EEESMO que desenvolvi neste EC.

Segundo a OE (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atuação: planeamento familiar e pré-concepcional; gravidez; parto; puerpério; climatério; ginecologia; e comunidade.

Neste sentido, penso que é de extrema importância a educação para a saúde que devemos efetuar às mulheres inseridas na família/comunidade, no sentido de prevenir desvios da normalidade e complicações na saúde da

mulher/família. Daí que tenha sentido necessidade de desenvolver o meu estágio, incluindo não só o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEESMO mas também numa temática pertinente e inovadora:

Contributos da intervenção de enfermagem na preparação para a parentalidade e na diminuição dos partos em meio extra-hospitalar

A escolha desta temática prende-se com o fato de trabalhar nos CSP, num CS do Alentejo Litoral, local onde a educação para a saúde assume um papel importantíssimo na promoção de uma gestação saudável e na prevenção de complicações ao longo da mesma e do TP.

Tendo por princípio a minha sensibilidade e o meu conhecimento empírico da educação para a saúde efetuada ao longo da gravidez, quer nas consultas de vigilância MF no centro de saúde, quer nas sessões de PPP, verifico que estes cuidados são ministrados, na sua maioria, pelos EEESMOs, sendo aqueles que revelam ter mais competências e capacidades nesta área da prática de cuidados. Segundo Coelho, L. (1996/1998), “os enfermeiros especialistas têm atitudes significativamente mais favoráveis em relação à preparação para o parto”, sendo que estes têm formação e competências específicas na área, facilitando o empowerment do casal na vivência duma parentalidade saudável. Segundo Azevedo, A. (2013), “o enfermeiro destaca-se como profissional de saúde na transmissão de conhecimentos à grávida.”

Uma preparação pré-natal adequada poderá permitir às mulheres terem um maior controlo sobre as suas emoções e estarem mais atentas aos sinais de início do trabalho de parto, facilitando a tomada de decisão atempada, evitando assim o risco de ter um parto na ambulância, longe de profissionais de saúde especializados na área obstétrica. Hoje em dia a mulher é incentivada a ter um papel ativo na escolha do tipo de parto, local do parto, tipo de intervenções clínicas, etc., contudo a escolha expressa para ter um parto na ambulância nenhuma mulher até hoje verbalizou, pelo contrário, as mesmas manifestam algum receio/medo pela possibilidade da ocorrência desta situação.

O nascimento de um bebé sem ajuda especializada pode acontecer em qualquer lugar ou momento, daí que os sistemas de saúde devam elevar o

nível de educação relacionado com a gravidez, parto e puerpério, com o intuito de prevenir acontecimentos como estes. (Ávalos-Huizar, et al; 2010)

O presente Relatório de Estágio está dividido em 4 capítulos. No 1º capítulo enumero a finalidade e objetivos deste EC. No 2º capítulo, apresento uma caracterização do local onde realizei o estágio, descrevo de forma clara e concisa o que vivenciei ao longo do estágio referente a cada um dos objetivos delineados no projeto de estágio assim como das competências que desenvolvi ao longo do mesmo. Neste mesmo capítulo farei ainda uma análise reflexiva acerca da temática principal deste relatório e da experiência vivenciada, com o intuito da sua aplicabilidade e operacionalização enquanto futura EEESMO. No 3º capítulo farei uma reflexão crítica acerca dos contributos que as vivências por mim experienciadas terão no meu futuro enquanto EEESMO dos CSP. Por último, o 4º capítulo refere-se à bibliografia utilizada para a realização e fundamentação deste relatório e da minha prática no local de estágio.

1 – FINALIDADE E OBJETIVOS

“Toda a teoria deve ser feita para poder ser posta em prática, e toda a prática deve obedecer a uma teoria. Só os espíritos superficiais desligam a teoria da prática, não olhando a que a teoria não é senão uma teoria da prática, e a prática não é senão a prática de uma teoria. Quem não sabe nada dum assunto, e consegue alguma coisa nele por sorte ou acaso, chama “teórico” a quem sabe mais, e, por igual acaso, consegue menos. Quem sabe, mas não sabe aplicar – isto é, quem afinal não sabe, porque não saber aplicar é uma maneira de não saber -, tem rancor a quem aplica por instinto, isto é, sem saber que realmente sabe. Na vida superior a teoria e a prática completam-se. Foram feitas uma para a outra.” (Fernando Pessoa)

Ao longo deste estágio, pude perceber melhor as competências inerentes ao enfermeiro EESMO, na medida em que me confrontei com a realidade das mesmas e compreendi a importância de cada uma delas. A análise crítica que pratiquei ao longo do EC permitiu-me dar resposta à finalidade e competências definidas pela equipa pedagógica:

- desenvolvimento da capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível;
- mobilização dos conhecimentos na prática de cuidados e o desenvolvimento da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares;
- reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem;
- desenvolvimento de capacidades de utilização da metodologia científica no seu quotidiano;
- mobilização ativa da evidência científica na sua prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos;

- transmissão de conhecimentos, raciocínios de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar.

(Documento Orientador da UC Estágio com Relatório do 4º CMESMO da ESEL – ANEXO I)

Deste modo, o meu objetivo geral foi o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO, com a intenção de aprofundar conhecimentos para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e individualizados à mulher/família/RN, quer ao nível pré-natal (na urgência obstétrica), TP/parto, puerpério imediato, cuidados ao RN (adaptação à vida extrauterina), e na área da ginecologia (na urgência ginecológica).

Em função dos objetivos específicos delineados no documento orientador do EC, referido anteriormente, delineei alguns objetivos específicos individuais:

Objetivo específico nº 1 – Prestar cuidados de enfermagem especializados às grávidas/família que acorrem ao serviço de urgência obstétrica

Objetivo específico nº 2 – Prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres/família que acorrem ao serviço de urgência ginecológica

Objetivo específico nº 3 – Prestar cuidados de enfermagem especializados às parturientes/RN/família ao longo dos diferentes estádios do TP (no mínimo 40 parturientes/casais)

Objetivo específico nº 4 – Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação à vida extrauterina

Objetivo específico nº 5 – Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos no âmbito da promoção da parentalidade saudável e na promoção de um parto em ambiente seguro

2 – PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Ao longo deste capítulo, irei descrever de forma resumida as atividades por mim desenvolvidas ao longo do EC, ao mesmo tempo que procedo à análise e apreciação crítica da minha prestação enquanto estudante de EEESMO. Esta análise crítica terá por base as competências comuns e específicas da EEESMO, assim como o projeto individual de aprendizagem (ANEXO II) que elaborei previamente ao início do EC, documento onde projetei as atividades/intervenções a desenvolver. Para a elaboração deste relatório sem omissão/esquecimento de nenhum dado/acontecimento relevante foi de extrema importância a elaboração de um registo quase diário das atividades desenvolvidas, selecionando as mesmas em função dos aspetos considerados pertinentes e dos objetivos individuais delineados.

O bloco de partos onde desenvolvi este EC está situado no 5º piso dum hospital do Baixo Alentejo, o qual engloba não só o bloco de partos e puerpério, mas também a urgência obstétrica/ginecológica, num horário contínuo – 24 horas por dia. É um serviço que dá resposta às necessidades dos residentes no distrito e também dos veraneantes que se encontrem na região no momento da emergência ginecológica/obstétrica.

Estrutura orgânico-funcional do serviço de obstetrícia:

1) Recursos Humanos:

Este serviço é composto por uma equipa multidisciplinar: dezanove enfermeiras (treze EEESMOs, sendo uma delas a enfermeira chefe, e seis generalistas); seis médicos obstetras fixos (exceto obstetras que provém de outros hospitais do país, contratados por empresas); sete assistentes operacionais; e uma assistente técnica.

Em cada turno existem:

- Sala de partos e SUOG: duas EEESMOs

- Serviço de internamento de puérperas/RN: duas enfª generalistas no turno da manhã e uma nos turnos da tarde e noite.
- dois médicos obstetras de serviço, que dão apoio no bloco de partos, SUOG e puerpério, nas 24h diárias.
- um anestesista e um pediatra.
- duas assistentes operacionais no turno da manhã e uma nos turnos da tarde e noite.
- uma assistente técnica nos dias úteis das 9h às 17H30.

2) Circuito de admissão/internamento das utentes:

Em relação ao circuito efetuado pelas mulheres/família, quer no SUOG quer na admissão ao internamento de grávidas com patologia associada/parturientes efetua-se da seguinte forma:

- a mulher dirige-se à urgência geral e é aplicada triagem de Manchester onde se lhe atribui uma pulseira de prioridade;
- de seguida segue para o SUOG onde aguarda no hall pela chamada;
- na sala de admissões é observada pelo obstetra e/ou EEESMO;
- utentes com situação de urgência ginecológica: vai para o domicílio com medicação e/ou encaminhamento posterior para CS da área de residência; ou fica internada no serviço de ginecologia/urologia para posterior vigilância/tratamento.
- utentes em situação de urgência obstétrica: se for grávida com patologia associada: ou fica internada para controlo/vigilância dos sintomas ou vai para o domicílio.
- grávida com TP/parturiente ou com patologia associada (por exemplo: ameaça de parto pré-termo): procede-se ao internamento no BP. Processo de internamento segundo indicações orientadoras da instituição:
 - colheita de dados (anamnese),

- a grávida/parturiente despe a sua roupa para vestir uma bata hospitalar,
- colocação do CTG em curso,
- punção venosa com cateter periférico.

No caso de a parturiente estar com REBA, terá de permanecer no leito ao longo do TP, senão poderá deambular consoante a sua vontade, com cardiotocógrafo portátil (existem dois no serviço). Dependendo da fase do TP em que a parturiente se encontre, dos antecedentes pessoais/familiares e dos protocolos institucionais, o obstetra decidirá pela medicação a administrar e consequentemente os cuidados prestados serão em função desta tomada de decisão obstétrica.

3) Instalações físicas:

- uma enfermaria de internamento de parturientes,
- um quarto de internamento de grávidas com patologia associada,
- quatro enfermarias para puérperas/RN's,
- duas salas de partos,
- uma sala de admissão,
- um gabinete de enfermagem para reunião de enfermagem, passagem de turno e registos,
- um sala de trabalho de enfermagem,
- balcão administrativo,
- um WC para puérperas/grávidas/parturientes,
- um WC dos funcionários,
- sala de armazenamento de material,
- um gabinete médico para discussão das situações e registos clínicos,

- vestiário dos funcionários,
- sala de sujos.

A integração nos cuidados foi rápida, sendo que comecei por prestar cuidados enquanto observadora participativa e rapidamente evolui para a prestação autónoma e interdependente.

Os registos de enfermagem efetuados nos sistemas informáticos ALERT/SAPE foram uma constante neste EC. Estas ocasiões permitiram-me momentos de reflexão individual e também momentos de grande aprendizagem com a EEESMO orientadora. A análise crítica individual foi prática diária neste EC, o que me possibilitou o desenvolvimento das competências inerentes a este EC e futuramente irá facilitar o exercício das minhas funções enquanto EEESMO. A disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar para o meu processo de aprendizagem foi uma mais-valia no desenvolvimento das minhas capacidades e para a prestação de cuidados especializados. Desde sempre que me senti membro integrante da equipa e a relação de confiança/profissional com a mesma nasceu espontaneamente. Do mesmo modo, considero que estabeleci facilmente relação terapêutica com as mulheres/grávidas/parturientes/puérperas e famílias, no sentido de fortalecer a relação de confiança com estas.

2.1 – Objetivo específico nº 1:

Prestar cuidados de enfermagem especializados às grávidas/família que acorrem ao serviço de urgência obstétrica

Segundo a OE (2010), uma das competências específicas do EEESMO é “cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”.

Devido ao meu percurso profissional muito direcionado para os cuidados pré-natais nos CSP, complementado pelas competências que adquiri ao longo deste curso, considero que alcancei este objetivo prestando cuidados

abrangentes às grávidas/famílias que acorreram ao SUOG do hospital em questão.

As situações mais comuns que habitualmente levaram as grávidas à urgência durante este EC foram:

- no 1º trimestre: perdas sanguíneas e/ou queixas algicas tipo cólica abdominal;
- no 3º trimestre: contrações uterinas dolorosas; perda de líquido associada a REBA; por recomendação obstétrica para ITP com idade gestacional ≥ 40 semanas; e/ou por risco gravídico correspondente a possível complicação materno-fetal.

Outra situação que pude aperceber-me foi o enorme número de grávidas de etnia cigana que acorrem ao SUOG, na sua maioria por falsas urgências. Habitualmente estas grávidas não efetuavam vigilância MF e então, como desejavam saber o sexo do feto e/ou realizar ecografia, aparentemente “inventavam” episódios de queda e alguns falsos sintomas. Nestas situações eu tinha um papel ativo na educação para a saúde, sem julgamentos ou juízos de valor, motivando-as para a vigilância MF nos CSP.

Ao longo deste EC gradualmente fui ficando mais autónoma, realizando o levantamento das necessidades e a admissão das grávidas/parturientes, numa intervenção interdependente com o médico de serviço. A confiança que estabeleci com a equipa de enfermagem e médica foi uma mais-valia para aumentar a minha confiança/autonomia no atendimento das grávidas/parturientes que acorreram a este serviço.

Neste período de tempo tive a oportunidade de prestar cuidados a 61 grávidas/famílias em contexto de SUOG ou no internamento com complicações e/ou patologia associada (por exemplo: cólica renal, interrupção médica da gravidez por malformações cromossómicas, situações de abortos para expulsão fetal, gravidezes gemelares com APPT, síndrome de HELLP).

Em função da idade gestacional e consoante a avaliação da equipa procedia à avaliação do bem-estar MF com avaliação dos sinais vitais, avaliação da estática fetal, avaliação da cervicometria e colocação e análise do CTG. Ao

longo destas intervenções aproveitava o momento para a identificação de necessidades e para perceber o estado de espírito da grávida/família acerca do presente internamento/intervenções clínicas.

Nas situações de APPT e/ou início de TP e sempre que era proposto, procedia à avaliação da cervicometria com a minha OL e/ou com o médico de serviço. No início do EC este procedimento causava-me alguma ansiedade pela incerteza da minha avaliação e a responsabilidade da mesma, contudo com a disponibilidade das grávidas e dos profissionais de saúde envolvidos pude aperfeiçoar e desenvolver confiança neste procedimento.

Todos os momentos de prestação de cuidados foram aproveitados para a realização de educação para a saúde, aspeto tão importante num SUOG, já que na maioria das vezes as grávidas que lá acorriam tinham alta domiciliar. Assim, a educação para a saúde era uma forma de prevenir complicações, dotando as mesmas de competências para a deteção precoce de sinais/síntomas de alerta. Segundo Azevedo, A. (2013), “o enfermeiro destaca-se como profissional de saúde na transmissão de conhecimentos à grávida.”

Dum modo geral considero que nesta temática do atendimento de grávidas em contexto de SUOG, consegui mobilizar os conhecimentos teóricos para a prática atempada e pertinente, respondendo sempre que possível às necessidades referidas/detetadas pela grávida/família. Contudo, sinto que a área dos cuidados e a avaliação da grávida/família é uma aprendizagem muito importante pela alteração, por vezes, bastante rápida da evolução do TP (por exemplo: a avaliação da cervicometria pode modificar-se num curto espaço de tempo e poderá evoluir rapidamente para a fase ativa do TP, como observei várias vezes pelo regresso das grávidas em fase ativa do mesmo, passadas poucas horas da alta hospitalar). Da experiência que tive neste EC, considero de extrema importância não só a avaliação clínica que fazemos da grávida/família através dos vários procedimentos e das queixas que esta nos faz, mas também a avaliação da distância/tempo do domicílio da mesma ao hospital de apoio perinatal (fator de grande preocupação pelas características da região Alentejo).

2.2 – Objetivo específico nº 2

Prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres/família que acorrem ao serviço de urgência ginecológica

No regulamento das competências específicas do EEESMOG da OE (2010), este deve cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, promovendo a saúde ginecológica da mulher, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações.

Tendo por base esta competência descrita pela OE e também para tentar alcançar o objetivo delineado, procurei ser parte integrante em todas as situações que ocorreram ao SUOG. Das situações mais comuns destacam-se as infeções vaginais, infeções urinárias, metrorragias após colocação de DIU, e utentes internadas no serviço de ginecologia e urologia, para reavaliação ecográfica.

Sempre que havia um tempo disponível no bloco de partos a minha OL aconselhava-me a aproveitar outras oportunidades de aprendizagem, nomeadamente no SUOG. Numa dessas ocasiões deparei-me com a seguinte situação. Uma idosa com 75 anos de idade, que estava internada no serviço de cirurgia para cirurgia intestinal com realização de colostomia, por neoplasia do cólon onde fora detetada uma massa no corpo uterino – mioma uterino. À colocação do espéculo vaginal para observação a mesma referia que não queria este procedimento, que lhe estávamos a magoar e tentava levantar-se da marquesa constantemente. Como eu cheguei a meio do procedimento à sala de admissão, não me pareceu oportuno intervir no momento. Em posterior conversa com a médica de serviço percebi que a idosa era virgem e que ninguém lhe tinha explicado que procedimento se iria realizar.

Esta situação demasiado invasiva e intempestiva mostrou-me que o correto seria proceder a um atendimento integral desde a admissão. Como tal nem sempre era possível, ficou em mim um sentimento de incapacidade no apoio que gostava de ter prestado a esta idosa.

Com o evoluir do EC tornei-me autónoma neste atendimento, juntamente com o médico de serviço, sem necessidade da presença da minha OL, a não ser

quando surgisse alguma dúvida da minha parte e eu solicitasse a sua presença. Considero que consegui, mesmo que num curto espaço de tempo que é característico deste atendimento (SUOG), criar uma relação de confiança e empatia para com as mulheres/famílias que a ele acorreram. Deste modo julgo ter alcançado o objetivo delineado.

2.3 – Objetivo específico nº 3

Prestar cuidados de enfermagem especializados às parturientes/RN/família ao longo dos diferentes estádios do TP (no mínimo 40 parturientes/casais)

Pelas competências específicas do EEESMO referidas pela OE (2010), o EEESMO cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina.

O trabalho de parto é um “processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto” (Lowdermilk, 2008: pág. 344).

Segundo a maioria dos autores o TP compreende 4 estádios: 1º estágio (primeiras contrações uterinas regulares e termina quando o colo uterino atinge a dilatação completa – 10 cm); 2º estágio (desde a dilatação completa até à expulsão do feto); 3º estágio (desde a expulsão fetal até à dequitação); e 4º estágio (pós-parto imediato – cerca de 2 horas após o parto) (Lowdermilk, 2008). O tempo dito “normal” para cada um destes estádios, que segundo alguns autores parecem demasiado estanques, na prática verifica-se que dependendo de vários fatores (anatomia/fisiologia materna, PPP, exercícios realizados ao longo da gravidez, deambulação durante o TP, etc.), facilmente podem ser modificados. Numa tese realizada por Mamede (2005), “verificou-se que a quantidade deambulada durante as 3 primeiras horas da fase ativa está associada a um encurtamento do TP.”

Ao longo deste EC tive a possibilidade de prestar cuidados a 62 parturientes ao longo do 1º estágio do TP. Prestei cuidados especializados a 41 delas no 2º, 3º e 4º estágios do TP. As restantes não atingiram o 2º estágio no meu turno ou evoluíram para partos distócicos. Os 41 partos que realizei neste EC, 2 deles eram de gravidezes pré-termo: 36s5d e 36s2d, os restantes eram gravidezes de termo; e todos eles com apresentação cefálica. Tive sempre presente um EEESMO, que gradualmente foi depositando confiança nas minhas intervenções, dando-me autonomia no momento do período expulsivo e posterior episiorrafia, pelo que fui ganhando segurança nas minhas intervenções.

Em relação ao **1º estágio**, realizei a admissão da parturiente/família ao serviço (com base na circular normativa referente aos cuidados inerentes ao primeiro estágio do TP, existente no serviço em questão), estabelecendo uma relação de confiança com os mesmos, explicando todos os procedimentos a realizar, assim como as normas do serviço. Proporcionei sempre que possível privacidade na prestação de cuidados e na colheita de dados – anamnese. Tal como refere Lowdermilk (2008), “a forma como o enfermeiro comunica com a mulher no primeiro contato, pode determinar a vivência de uma experiência de nascimento positiva”.

Em todas as parturientes, no momento da admissão para o internamento coloquei CTG em curso, após efetuar as manobras de Leopold, e coloquei cateter venoso periférico. Em todas elas analisei os traçados CTG, e sempre que verifiquei alterações no registo cardiotocográfico informei a EEESMO e o médico de serviço. Também faz parte destes procedimentos de admissão a avaliação da cervicometria após informação do ato e posterior consentimento, para deteção do apagamento e amolecimento, dilatação cervical, variedade fetal, descida da apresentação, integridade das membranas e características do líquido amniótico (se BAR).

Para acelerar o TP em situações de dúvida de sofrimento materno-fetal, foi-me proposto pela EEESMO e/ou médico de serviço a realização de 17 amniotomias, em que apenas 4 tinham líquido corado de mecónio – MEC I (2 delas terminaram em parto distócico – cesariana – por sofrimento fetal).

Sempre que possível possibilitei às parturientes ingestão de líquidos (chá açucarado, água) e refeições ligeiras (sopa e fruta, leite e bolachas), com o intuito de colmatar as necessidades energéticas das mesmas, já que os líquidos por via oral têm maior sucesso na satisfação das necessidades energéticas do que os administrados por via EV (Lowdermilk, 2008).

Quando não existia REBA/RABA e em TP ativo proporcionei e incentivei as parturientes a deambularem pelo serviço, a utilizarem a bola de pilates para redução do desconforto, assim como a ida ao WC para esvaziamento vesical, já que uma bexiga distendida pode dificultar a descida da apresentação (Lowdermilk, 2008). A partir do momento em que tinham de permanecer no leito, quer por rotura de membranas quer por analgesia epidural (norma defendida por este serviço), realizei esvaziamento urinário através da sonda vesical, sendo que nalgumas delas, por indicação médica coloquei cateter urinário até ao período expulsivo.

Sempre que me foi possível estive presente no momento da administração da analgesia regional no TP, agindo de acordo com a norma de serviço, expliquei os procedimentos à parturiente/família e esclareci dúvidas colocadas pela mesma/acompanhante. Houve situações em que após a administração da analgesia regional as parturientes referiam não sentir total perda da sensibilidade, manifestando dúvidas pela sua correta realização. Nestes momentos houve necessidade de desmistificar algumas ideias erróneas acerca da analgesia, pois tratava-se de parturientes que não tinham frequentado cursos/sessões de PPP.

Neste serviço não existe monitorização cardiofetal interna, pelo que não tive a oportunidade de presenciar e efetuar a mesma.

Ao longo do **2º estágio** do TP, após a administração da analgesia regional, que por regra quase todas as parturientes realizaram, as mesmas permaneceram no leito já na sala de partos, alternando de decúbitos, tendo em conta a avaliação materno-fetal (CTG, parâmetros vitais maternos, cervicometria). A monitorização externa através do CTG foi contínua, nestas situações,

avaliando a FCF (variabilidade e reatividade fetal) e a contratilidade uterina (frequência, regularidade, intensidade), assim como a avaliação da cervicometria, para percepção da evolução do TP.

Ao longo da prestação de cuidados às parturientes (em função da norma de serviço referente aos cuidados inerentes ao segundo e terceiro estágio do TP), pude aperceber-me que o maior e principal sinal de dilatação completa foi a referência por parte das mesmas da sensação de pressão no períneo assim como a necessidade de iniciar esforços expulsivos (reflexo de Ferguson). “Logo que a apresentação atinge o pavimento pélvico, as contrações adquirem um carácter expulsivo. A mulher em trabalho de parto sente uma necessidade involuntária de fazer esforços expulsivos” (Lowdermilk, 2008: pág. 343)

Após a confirmação pelo toque vaginal da presença de dilatação completa – 10 cm, incentivei e orientei as parturientes a iniciarem esforços expulsivos. Na sua maioria, estas não tinham frequentado cursos/sessões de PPP, e sendo maioritariamente primíparas, a educação para a saúde neste momento foi importantíssima na orientação dos esforços expulsivos, reforçando a necessidade de realizar inspirações/expirações profundas entre a contratilidade para oxigenação fetal.

Considero que comuniquei adequadamente com as parturientes/família ao longo do período expulsivo, adotando uma postura calma e segura, orientando os mesmos nos esforços expulsivos, dando-lhes informação acerca da evolução do parto, na medida em que somente 2 delas foram distócicas (ventosas), por esforços expulsivos sem sucesso. A administração da analgesia nestas duas parturientes, resultou numa perda total da sensibilidade, podendo ser esta a causa da não eficácia dos esforços expulsivos.

A posição adotada pelas parturientes foi sempre a posição ginecológica – litotomia, por ser a única posição permitida nesta instituição. Segundo Lowdermilk (2006), citando Gupta e Nikodem (2001), a “posição afeta as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto, mudanças frequentes de posição aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação”. Em conversa informal e momentos de reflexão com a minha OL, falámos na hipótese de quando surgisse uma parturiente que

solicitasse outra posição, nomeadamente a de cócoras, poderíamos tentar satisfazer esta vontade da mesma, contudo ao longo do EC tal não se verificou.

Segundo a OE (2010), nas competências específicas do EEESMO, este detém a capacidade e a competência para realizar o parto em que a apresentação fetal seja cefálica. Num total realizei 41 partos eutócicos e colaborei em 13 partos distócicos (1 fórceps, 2 ventosas e 10 cesarianas – por apresentação pélvica, sofrimento fetal e/ou antecedente pessoal de 2 cesarianas anteriores).

Dos 41 partos eutócicos que realizei, no momento do corte do cordão umbilical, proporcionei em 29 a realização do mesmo pelo pai/pessoa significativa sempre possível e/ou este o desejou. Nos restantes 12, existiam circulares cervicais (10 apertadas; e 2 largas, que desfiz). Nas 5 situações em que os progenitores optaram por adquirir o kit para recolha das células estaminais, procedi conforme normas da empresa correspondente.

Deparei-me com 4 parturientes com estreptococos B positivo. O rastreio do *Streptococcus* β hemolítico do grupo B, por indicação da DGS (Norma nº 037/2011 de 30/09/2011 atualizada a 20/12/2013), deve ser realizado a todas as grávidas entre as 35 e 37 semanas de idade gestacional, através da colheita duma amostra única do exsudado no 1/3 externo da vagina e ano-retal. Não necessitam deste rastreio as grávidas a quem foi isolado *Streptococcus* β hemolítico do grupo B na urina (bacteriúria assintomática ou infeção urinária), durante a gestação em curso, nem naquelas com história anterior de sépsis neonatal, por *Streptococcus* β hemolítico do grupo B. Segundo a DGS, têm indicação para profilaxia intraparto todas as grávidas a quem for detetado *Streptococcus* β hemolítico do grupo B. Nestas situações, procedi à administração de ampicilina 1gr de 4/4h, tal como estipulado por norma interna deste serviço.

Surgiram 5 parturientes com fator Rh negativo, que às 28 semanas de idade gestacional, com um Coombs Indireto negativo e respeitando a circular normativa da DGS (Nº: 2/DSMIA de 15/01/07), lhes foi administrada por via intramuscular a imunoglobulina anti-D (300 mcg). Após a expulsão do feto e antes da dequitação, procedi à colheita de sangue do cordão umbilical para

deteção do fator Rh no RN. Até às 72h após o parto foi administrado a todas as puérperas a imunoglobulina anti-D quando o fator Rhesus do RN era +.

O contato pele a pele, favorecedor da relação/vinculação mãe-filho, foi possível somente em duas situações e por rapidez na evolução do TP/período expulsivo em que não houve tempo para colocar um pano esterilizado no abdômen materno para acolher o RN (por ser política institucional), contudo sempre que o RN se apresentava estável proporcionei à puérpera o contato facial/tátil com o mesmo ainda na sala de partos.

Este estágio proporcionou-me momentos muito intensos de vivências diferentes em relação ao momento do parto. Uma delas foi a assistência num parto por cesariana numa amiga minha, que desde que a mesma teve a confirmação de estar grávida desejou que fosse eu que estivesse presente no parto (que se desejava eutócico). Contudo, o fato de ter tido REBA (motivo que desencadeou ida para a maternidade) com saída de LA corado de mecônio – MEC I, registo de desacelerações fetais no CTG ao longo do TP, e diagnóstico clínico de sofrimento fetal, a mesma teve um parto distócico por cesariana. Como referi anteriormente, fui eu que assisti a este parto e recebi o RN, prestando os primeiros cuidados ao mesmo em conjunto com o pediatra de serviço. A troca de olhares que tivemos as duas foi muito emocionante e valeu por milhões de palavras, o carinho, afeto e empatia que trocámos visualmente foram gigantescos. Isto vem de encontro ao que tenho pesquisado sobre a importância da pessoa de referência/escolha da parturiente para estar presente no momento do parto, por vezes facilitador da vinculação precoce mãe/filho.

Mais uma vez, reparei como a grávida valoriza a presença de alguém que já conhece e que “reconhece” como detentora de competências num momento tão significativo e marcante como é o momento do parto. No último parto, quando cheguei à enfermaria de internamento de parturientes, deparei-me com uma ex-colega de escola, que não nos víamos há algum tempo e que por acaso nem sabia que estava grávida. Quando a parturiente me viu mostrou contentamento e tranquilidade, lembrou alguns momentos que vivenciámos em contexto escolar e a relação empática foi-se estabelecendo ao longo de todo o TP. Esta relação de ajuda terapêutica foi muito válida no período expulsivo,

pois o companheiro não se sentia à vontade para estar presente neste estágio, mas ao mesmo tempo sentia que não devia “abandonar” a sua companheira. A parturiente ao sentir esta indecisão do marido “enxotou-o carinhosamente” da sala de partos, pois referia que a minha presença enquanto EEESMO lhe dava tranquilidade e confiança para ultrapassar a sua ausência. Mais tarde, verifiquei nas redes sociais que a mesma referiu que a minha presença tinha sido facilitadora e capacitadora para o seu momento de parto – “não podia ter sido melhor”.

Outra situação que, por motivos diferentes, recorro com frequência e me fez refletir sobre a vigilância da gravidez e preparação para o nascimento, prende-se com o caso de um casal jovem (cerca dos 20 anos de idade), que acompanhei desde a fase ativa do 1º estágio do TP até ao momento em que a puérpera foi transferida para a enfermaria de puérperas, e que depois visitei no turno seguinte. No momento de adaptação do RN à vida extrauterina, ainda o RN estava sobre a mãe envolto no pano esterilizado e o corte do cordão estava a ser executado, todos na sala de partos nos apercebemos que o RN tinha lábio leporino e provavelmente, pela extensão do mesmo, fenda palatina. A reação imediata da puérpera foi de grande tristeza pela aparência física facial do RN, e demonstrou grande desilusão. Foi neste momento que nos apercebemos de que em nenhuma altura da vigilância da gravidez se tinha detetado esta anomalia, algo que a avó paterna também tinha tido aquando do seu nascimento. De imediato, depois desta exteriorizar a sua dor, tentei reconfortar a puérpera, desmistificando esta situação e a sua perceção do mesmo. Na visita posterior que efetuei no turno seguinte, percebi que a mesma estava mais tranquila em relação a esta anomalia, visto que o RN tinha sido observado pelo pediatra de serviço e no seu aconselhamento muita da informação foi de encontro àquilo que anteriormente lhe tinha também transmitido, esta não contradição desenvolveu na puérpera/família uma sensação de segurança. Este confronto entre o bebé imaginário e o bebé real (aqui acentuada pela patologia) é um tema que julgo oportuno ser abordado nas sessões/cursos de PPP que pretendo ministrar.

Após o nascimento, **3º estágio**, mantive uma atitude calma e expectante aguardando pelo momento da dequitação – expulsão da placenta (agindo de acordo com a norma de serviço). Pesquisei os sinais de descolamento da placenta (ligeira pressão na região suprapúbica, ocorrência de uma pequena hemorragia vaginal e o cordão umbilical ficar mais visível). Aquando da percepção de descolamento placentar, efetuei uma ligeira pressão intermitente no fundo uterino e tração controlada do cordão, e quando esta surgia à entrada do canal vaginal, segurava a mesma com as duas mãos rodando-a até à sua exteriorização total.

Após a saída da placenta em todas as situações procedi à sua observação: tipo de dequitação (Schultze ou Duncan); integridade da mesma; tipo de placenta; inserção do cordão e presença de anomalias da placenta/cordão umbilical. Para uma avaliação completa e mais segura, realizei pesquisa de coágulos sanguíneos no “fundo de saco”.

Após expulsão da placenta, solicitei a administração de oxitocina EV (intervenção institucionalizada nesta unidade – administração de 10 unidades de oxitocina EV) à colega que estava presente na sala de partos, para estimular a contratilidade uterina e a prevenção de hemorragia uterina, como refere Lowdermilk (2008). Ao mesmo tempo que a colega procedia à administração da oxitocina, eu realizava a pesquisa de lacerações e/ou observação da episiotomia para iniciar a episiorrafia e/ou sutura de lacerações, quando assim se justificasse. Esta técnica suscitou-me algumas dúvidas acerca dos tecidos em função dos diferentes planos de sutura, contudo, e por ser uma técnica rotineira nesta instituição tive a oportunidade de aprofundar a mesma e desenvolver capacidades na sua execução. Sempre que possível e após avaliação perineal, tentei realizar partos sem episiotomia, promovendo o períneo intato, pois segundo BORGES (2002) o “uso seletivo está associado a melhores resultados, (...), uma diminuição das lesões severas e um maior número de períneos intatos(...)”, pelo que o “uso restritivo parece trazer alguns benefícios quando comparado com políticas de uso generalizado” (BORGES, 2002).

Nos 41 partos eutócicos por mim realizados, em relação à presença de laceração e/ou episiotomia os dados foram os seguintes:

- 6 parturientes com períneo intato (3 multíparas e 3 primíparas)
- 22 parturientes com episiotomias (medio-laterais) e, consequente, episiorrafia
- 1 parturiente com laceração de grau I não suturada (multípara)
- 4 parturientes com lacerações de grau I suturadas (multíparas)
- 8 parturientes com laceração de grau II suturadas (6 multíparas e 2 primíparas)

Após a sutura das lacerações ou da episiotomia, confirmei a contratilidade uterina através do globo de segurança de Pinard, no sentido de detetar precocemente hemorragias uterinas. Em algumas situações, e por a contratilidade uterina ser débil, a massagem abdominal uterina, descrita por alguns autores como intervenção preventiva de hemorragia puerperal, foi uma técnica benéfica para a mesma.

O **4º estágio** compreende as primeiras duas horas após o parto, e caracteriza-se, nesta instituição, pela transferência/acompanhamento da puérpera para a enfermaria de puérperas, realização de educação para a saúde acerca:

- da apresentação do espaço físico da enfermaria e da sua unidade individual (por vezes já houve uma visita guiada à maternidade por volta das 36 semanas de IG);
- dos cuidados perineais (cuidados de higiene perineal em cada ida ao WC – para urinar ou evacuar, com sabão neutro e com água tépida; troca de pensos higiénicos e roupa interior com regularidade);
- do 1º levante (realizado após cerca de 4-6h, com um profissional de saúde);
- da amamentação (horário livre das mamadas; sinais de pega correta do RN à mama, disponibilidade para apoio no início da amamentação);

- da importância da dieta alimentar da puérpera como forma de suprir as necessidades energéticas que o TP e a amamentação acarretam.

No momento da transferência, após acomodar a puérpera na enfermaria e sempre que possível e/ou solicitado, ajudei a mesma na colocação do RN pela primeira vez à mama.

Tentei ao longo do TP, sempre que possível e que as parturientes assim o desejaram, incentivar a presença do pai/pessoa significativa, em função das normas do serviço, já que o pai pode funcionar como um elo de ligação/comunicação com a parturiente num momento em que esta esteja mais “ausente”. Pois, tal como refere Lowdermilk (2008. Pág. 451), o pai “é capaz de interpretar as necessidades e os desejos da mulher e transmiti-los aos elementos da equipa de saúde”.

Quero referir que tive ainda a oportunidade de prestar cuidados especializados a parturientes com patologia associada, dos quais destaco duas com síndrome de Hellp (realizada cesariana por sofrimento maternofetal) e três com diabetes gestacional.

Considero que ao longo do EC fui aperfeiçoando a seleção dos dados que julguei relevantes na passagem do turno em relação às grávidas/parturientes/puérperas/RN/família, visto que não é uma prática por mim executada no meu local de trabalho, já que presto cuidados nos CSP.

Ao longo de cada um destes estádios, fui realizando os registos de enfermagem nos sistemas operativos utilizados por esta instituição (ALERT e SAPE), tarefa que considero bem conseguida na medida em que efetuei registos sucintos, organizados e respeitando os termos técnico-científicos.

2.4 – Objetivo específico nº 4

Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação à vida extrauterina

Uma das competências específicas que a OE (2010) determinou para o EEESMO inclui a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/conviventes significativos/RN.

No momento do nascimento do RN, procedi à avaliação da situação deste, tendo por base o IA (choro fácil, tônus muscular, coloração de pele e mucosas, frequência cardíaca e respiração – atribuindo-se pontuação a cada parâmetro de 0 – 2), avaliado ao 1º, 5º e 10º minuto de vida do RN. Dos partos que realizei o RN com IA mais baixo que tive foi de 6 ao 1º minuto, ao 5º minuto estava com 9 e ao 10º minuto tinha 10 (pontuação máxima de IA).

Todos os RN's, após o nascimento, eram levados para o berçário, local onde se procedia ao exame objetivo do RN, avaliação da integridade do SNC pela presença de reflexos simétricos, fortes e coordenados; aspiração de secreções se necessário; avaliação do peso, cuidados de higiene – banho – quando se justificasse; profilaxia da prevenção de hemorragia (administração de vitamina K); e profilaxia da infecção ocular (administração de colírio oftálmico - cloranfenicol). Eram colocadas duas pulseiras no RN, uma com a identificação da mãe e outra com o sistema de segurança babymatch. Após o exame e depois de vestir o RN, este era colocado perto da mãe e/ou do pai/pessoa significativa, caso o RN estivesse estável. Por vezes foi necessário manter o RN perto duma fonte de calor para prevenir o arrefecimento ou na presença de gemido e/ou adejonasal. A temperatura do feto mantém-se superior 0,5°C à da mãe, no entanto no momento do nascimento há um arrefecimento (por diminuição da temperatura envolvente do feto, perda de calor por evaporação, radiação e convecção). Um arrefecimento acentuado do RN (hipotermia) pode levar a um aumento do consumo de O₂, e por conseguinte a uma situação de SDR, hipoglicémia, etc, daí que as salas de partos e o berçário do bloco de partos onde realizei este EC eram pré-aquecidas no momento do período expulsivo. Estudos recentes demonstram que o contato pele a pele com a mãe é favorecedor da regulação da temperatura do bebé, como tal, sempre que possível, tentei retardar a ida do RN para o berçário pelos benefícios que este contato traz. O método recente “mãe-canguru” defende que o contato pele-as-

pele com a mãe, em que a cabeça está próxima do coração desta, parece trazer benefícios para os RNs. Os resultados são muito significativos em termos de estabilidade da temperatura e dos batimentos cardíacos do bebê, bem como do conforto proporcionado e da efetivação dos laços afetivos da mãe com o mesmo (Carvalho, 2001). Defendendo esta teoria, Venancio e Almeida (2004), num artigo de revisão, concluiu que “existem evidências de que um contato íntimo da mãe com o seu bebê prematuro pode interferir positivamente na relação desse bebê com o mundo”, na mesma obra de raciocínio e pela mesma autora, citando Affonso et al (1989), num estudo que este realizou com 33 mães que realizaram este contato pele a pele com os seus bebês e um grupo controle, observou uma maior tendência para estabilidade emocional nas mães que tiveram este contato comparativamente com as do grupo controle.

2.5 – Objetivo específico nº 5

Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos no âmbito da promoção da parentalidade saudável e na promoção de um parto em ambiente seguro

Sendo este o objetivo direcionado para a temática elegida por mim para o projeto individual, com o intuito de desenvolver e tentar perceber ao longo deste EC, considero importante um breve enquadramento teórico, apoiado na prática de cuidados especializados.

Os cursos de PPP que se desenvolvem nos Centros de Saúde, clínicas privadas e/ou hospitais podem revelar-se uma mais-valia na preparação/adaptação da mulher/casal a esta nova etapa das suas vidas, assim como à vivência da maternidade/paternidade saudável. Segundo Colman e Colman, 1994; Corbett, 2008; Darvill, *et al.*, 2010, citados por Graça, Figueiredo e Carreira (2011), “Aceitar o bebê como pessoa separada: é um tempo de confrontação com medos e ansiedades, para o qual as mulheres se preparam através de classes de PPP; consultas individuais; leituras; contatos com outras mulheres, etc.”

Pelo regulamento das competências específicas definidas pela OE (2010), o EEESMO “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, concebendo, planeando, coordenando, supervisionando, implementando e avaliando programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável”. Para Graça, Figueiredo e Carreira (2011), “sendo as enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia um recurso diferenciado, com formação específica na área, e reconhecidas na sociedade como tal, o acompanhamento da grávida/casal quando efetuado pelas mesmas contribui para uma saudável transição para a maternidade”. Daí que é de extrema importância que as grávidas estejam acompanhadas de profissionais de saúde especializados na área da ginecologia e obstetrícia, ao longo da gravidez e aquando do trabalho de parto, evitando assim problemas maternos e consequências no RN.

2.5.1 – Metodologia e Operacionalização do Projeto

A metodologia utilizada para a realização e operacionalização deste objetivo foi:

- revisão narrativa da literatura;
- revisão sistemática da literatura;
- colheita de dados através de entrevistas informais com:
 - o comandante dos Bombeiros Voluntários do concelho sobre o nº de partos em ambulância nos últimos 3 anos, para perceber se têm aumentado ou diminuído,
 - a enfermeira especialista do CS da minha área de prestação de cuidados, relacionada com as grávidas que participaram nos cursos de PPP e as que pariram em meio extra-hospitalar,
 - as puérperas que chegaram à urgência obstétrica e tinham parido em meio extra-hospitalar;

- as mulheres que pariram em meio extra-hospitalar nos últimos 3 anos no concelho da área do meu local do exercício profissional;
- registos em diários de campo.

2.5.1.1 – Revisão Narrativa da Literatura

A vivência da gravidez e preparação “pré parto” irá permitir à grávida/família desenvolver competências na identificação dos sinais de início de TP, assim como o desenvolvimento de capacidades e estratégias para alívio da dor inerente ao TP. Uma mulher/casal que frequenta durante a gravidez um curso de PPP revela níveis de ansiedade e de dor mais baixos, comparativamente com uma mulher que não tenha frequentado nenhum curso de preparação para o parto/parentalidade (Coelho, L.; 1996/1998). De acordo com Hotroyd, E. et al (2011), as mulheres referem que sentem necessidade de mais informação pré-natal sobre como controlar melhor a dor, uma melhor preparação para uma participação mais ativa no trabalho de parto, bem como aquisição de competências para cuidarem dos seus bebés.

Da minha experiência profissional, reparo que as puérperas que frequentaram cursos de PPP verbalizam mais sentimentos de segurança no TP e pós-parto do que as que não fizeram qualquer tipo de preparação para a parentalidade, ou seja estes cursos não só aumentam a confiança e esclarecem as mulheres/casais ao longo da gravidez como também lhes dá capacidades para vivenciarem o trabalho de parto com mais tranquilidade, encarando-o como um processo imprescindível para alcançarem o objetivo definido – o nascimento do seu bebé.

A informação que a mulher recebe na gravidez terá influências positivas ao longo desta e durante as 4 etapas do trabalho de parto, sendo que lhe permite desenvolver mais confiança, controlo e autonomia para tomar decisões e ajudar o seu feto a nascer. “As aulas de educação prénatal para grávidas e os seus parceiros são amplamente aceites como uma desejável e positiva abordagem à preparação para a experiência do parto.” (Hotroyd, E.; Twinn, S.; Yim, I.; 2011) Segundo o mesmo artigo, as mulheres participam nas sessões de educação prénatal com o intuito de receberem mais informações sobre o

período pós-natal, nomeadamente ao nível da dor perineal, depressão pós-parto e isolamento social resultante da maternidade, bem como sobre os cuidados a prestar ao RN.

As informações e conhecimentos que se transmitem nos cursos de PPP, bem como a abordagem efetuada e a interação entre as grávidas, impulsionam o desenvolvimento de grupos de apoio (nos períodos pré-natal e pós-parto), assim como a capacitação destas para a gestão dos sintomas somáticos, nomeadamente, para os sinais de início do TP e a ida atempada ao hospital de referência. (Graça, Figueiredo e Carreira, 2011)

Num estudo realizado por Ávalos-Huizar, et al (2010), um dos aspetos que propicia os partos fora do meio hospitalar, é a rápida progressão do TP, quer por características fisiológicas, quer por multiparidade. Daí que estes cursos de PPP, onde a mulher/casal recebem informação sobre o trabalho de parto, parto e parentalidade, são de extrema importância para capacitarem a mulher/casal na tomada de decisão de quando ir para o hospital. A decisão atempada previne ida para o hospital de referência com TP na fase ativa, evitando partos em meio extra-hospitalar sem acompanhamento adequado e especializado, diminuindo assim complicações para a mãe, feto e RN. (Ávalos-Huizar, et al; 2010). Loughney, Collis e Dastgir (2006), consideram que o fato de uma mulher parir num meio extra-hospitalar sem acompanhamento especializado, poderá originar a retenção prolongada da placenta, associada a perda de sangue e transfusão sanguínea.

No seguimento do raciocínio anterior, o nascimento de uma criança é um acontecimento decisivo na vida das famílias e na construção das comunidades, e para que este seja perfeito deverá acontecer em condições seguras (Ávalos-Huizar, et al; 2010). No mesmo artigo, cerca de 12% das crianças que dão entrada na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de Jalisco são RN's por partos em meio extra-hospitalar sem assistência de um profissional capacitado.

Em suma, apercebei-me de que a existência de estudos/artigos que relacionem diretamente a frequência em cursos de PPP e a prevenção de partos em meio extra-hospitalar são muito reduzidos. Contudo parece haver relação positiva entre a frequência das grávidas/família nestes cursos ao longo da gestação e a

prevenção de partos em meio extra-hospitalar, já que dotam as mesmas de poder decisivo com conhecimento ao longo da gravidez e do TP.

2.5.1.2 – Revisão Sistemática da Literatura

Relativamente à revisão sistemática de literatura, esta surge atualmente como uma tendência emergente e primária da necessidade de reunir os dados mais relevantes para a tomada de decisão em saúde, num contexto global cada vez mais orientado para a prática baseada na evidência. A RSL tem vindo a ser definida como *“uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que é conduzida de acordo com uma metodologia clara e reproduzível”* (Lopes e Fracoli, 2008; p.772), existindo consenso a nível científico quanto às etapas para a sua elaboração.

Para a realização da presente revisão, segui as etapas referidas por Galvão et al (2004; p.551-553), tendo sido o meu ponto de partida a formulação de uma questão orientadora para a pesquisa de artigos científicos que abordassem a problemática da importância dos cursos de PPP e as implicações/consequências de um parto em meio extra-hospitalar.

Ao longo da realização do projeto, considero como parto em meio extra-hospitalar aquele que se dá no domicílio sem acompanhamento de um profissional de saúde capacitado ou aquele que se dá no veículo automóvel da grávida, em transportes públicos ou na ambulância de transporte para o hospital de apoio perinatal.

Tendo em conta os aspetos referidos anteriormente, delinee a seguinte questão orientadora (PI(C)O):

“A frequência das grávidas/casal nos cursos de PPP diminui a incidência dos partos em meio extra-hospitalar?”.

Esta questão PI(C)O pode ser dividida em três elementos constituintes, como podemos ver abaixo:

P (População) – Grávidas/casal

I (Intervenção) – Frequência nos cursos de preparação para a parentalidade

O (Outcomes/Resultado) – Diminuição de partos em meio extra-hospitalar.

Os elementos acima apresentados ajudaram a definir os termos para a pesquisa: cursos de preparação para a parentalidade; parto; extra-hospitalar e apoio prénatal.

Para a revisão da literatura defini como critérios de inclusão:

- participantes: grávidas/casais que frequentaram cursos de preparação para a parentalidade; mulheres/casais que pariram em meio extra-hospitalar.
- desenho do estudo: estudos de investigação, artigos, dissertações qualitativas e quantitativas.
- revisões sistemáticas da literatura em língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola.
- espaço temporal: 1998 a julho 2012 (num primeiro tempo de pesquisa) e 2012 a fevereiro de 2014 (num segundo tempo de pesquisa).
- full text de artigos de investigação.

Como critérios de exclusão:

- estudos de investigação pagos ou de difícil acesso.

A primeira pesquisa foi realizada durante o mês de julho de 2012, através dos motores de busca EBSCOhost, com seleção das bases de dados CINAHLplus, MEDLINEplus e LILACS, utilizando e conjugando os termos retirados da questão PI(C)O. Foi utilizada a pesquisa booleana no motor de busca EBSCOhost, com AND para conjugar os 5 termos de pesquisa encontrados. A segunda pesquisa foi realizada durante os meses de dezembro/2013 e janeiro/fevereiro de 2014. Dos 15 textos encontrados apenas 6 se revelaram de maior pertinência na resposta à questão PI(C)O:

1 – *Terceiro trimestre de gravidez: conhecimento para o nascimento.*

Resultados preliminares (Azevedo, A. F. R. et al; 2013)

2 – *Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade* (Graça, L.; Figueiredo, M.; Carreira, M.; 2011)

3 – *Chinese women's perception of effectiveness of antenatal education* (Hotroyd, E.; Twinn, S.; Yim, I.; 2011)

4 – *Parto fortuito. Experiencia de diez años en Jalisco, México* (Ávalos-Huizar, L. et al; 2010)

5 – *Birth before arrival at delivery suite: Associations and consequences* (Loughney, A.; Collis, R.; Dastgir, S.; 2006)

6 – *Preparação para o parto: estudo do comportamento das parturientes e das atitudes dos profissionais de saúde* (Coelho, L. S. A.; 1996/1998)

2.5.2 – Aplicabilidade da Evidência na Área

Este projeto individual, assim como toda a pesquisa bibliográfica realizada, facilmente poderá influenciar positivamente a prática dos meus cuidados enquanto futura EEESMO, a exercer funções nos CSP. Por conseguinte, com esta pesquisa realizada poderei modificar e adaptar os cuidados que prestarei em função da mesma, dando relevância primordial à educação para a saúde ao longo do ciclo vital da mulher/RN/família.

Toda a educação para a saúde que os enfermeiros especialistas prestam, pode capacitar e empoderar as mulheres/família, quer no âmbito da sexualidade plena quer em qualquer fase da vida da mulher, assumindo responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de intervenção: planeamento familiar e pré-concepcional; gravidez; parto; puerpério; climatério; ginecologia; e comunidade (OE, 2010).

2.5.3 – Resultados Obtidos

Após conversa informal com o comandante dos bombeiros voluntários do concelho em questão, fui informada que o nº de partos em meio extra-hospitalar (nomeadamente na ambulância) tem vindo a diminuir nos últimos 3 anos (desceu de 12 para 5). O mesmo atestei com a enfermeira EESMO do CS em questão, quando esta me confirmou a diminuição de partos em meio extra-hospitalar (ambulância e SUB) no mesmo período temporal.

Em relação à frequência dos cursos/sessões de PPP ministradas pela mesma EEESMO, no referido CS, esta confirmou que nenhuma destas puérperas tinha frequentado cursos/sessões de PPP ministradas pela mesma.

Após contato informal com algumas das puérperas que tinham parido em meio extra-hospitalar no ano de 2013 (3 puérperas). Confirmei que nenhuma delas tinha ido aos cursos/sessões de PPP existentes no CS, por indisponibilidade no seu horário familiar/profissional. Uma delas desconhecia os sinais/síntomas de início de TP; outra foi por opção de ter um parto o mais natural possível e adiou a ida para a maternidade; e a terceira por desconhecimento da gravidez.

Ao longo do EC, prestei cuidados a 4 mulheres que se enquadram neste objetivo do meu projeto individual. Uma delas deu entrada no SUOG como puérpera, após um parto eutócico na SUB do CS onde exerço funções. Era uma utente de 38 anos de idade, G2 P2, 39s de IG, IO 2 0 1 2 (IVG aos 21 anos de idade). Após entrevista informal com a mesma, esta referiu que fora acompanhada por uma *doula* ao longo da gestação e no TP que fez em sua casa. Era sua vontade ter um parto natural domiciliário, contudo, por TP prolongado e por decisão da *doula* consideraram melhor contactarem o 112 para transporte em ambulância para o CS e posteriormente para o hospital de apoio perinatal – aquele em que realizei este EC.

Duas das parturientes deram entrada no SUOG no 2º estágio do TP, em pleno período expulsivo (o 1º parto foi motivo de reflexão individual – 1º diário de aprendizagem que se encontra no ANEXO III). A primeira parturiente reside numa aldeia que dista do hospital em questão cerca de 100km, no Litoral Alentejano (área de atuação do CS onde presto cuidados). Esta solicitou-me que não realizasse episiotomia, e após avaliação perineal considerei que o risco de laceração perineal parecia baixo e, como tal, não realizei a

episiotomia, tendo a puérpera uma laceração de 1º grau num pequeno lábio, que não necessitou de sutura. A segunda parturiente que deu entrada no SUOG em período expulsivo, por coincidência foi o parto nº 40 no meu processo da aprendizagem. Era uma parturiente com 39 semanas de idade gestacional, G2 P1, IO 1 0 0 1 e deu entrada no SUOG em coroamento, por volta das 10h05min. Tinha iniciado TP no domicílio, com contrações irregulares durante a noite, e por volta das 8h as contrações tornaram-se mais intensas, regulares e frequentes. A meio caminho da ida para a maternidade teve REBA (às 9h45min), com saída de líquido amniótico de cor clara, segundo a mesma. Foi um 2º estágio de TP muito rápido, em que somente existiu tempo para preparar a mesa de parto e equipar-me com bata e luvas esterilizadas. Foi um parto eutócico às 10h22min, sem intercorrências, não realizei episiotomia (presença laceração de 1º grau suturada), e o RN foi avaliado com IA ao 1º minuto de 10.

Ao longo do EC, foram admitidas no SUOG do hospital em questão, mais 2 utentes com partos em meio extra-hospitalar. Contudo, não tive a oportunidade de prestar cuidados às mesmas e de realizar entrevistas informais ao longo do internamento, por não ter realizado turnos neste período temporal. Apesar disso, e por residir na área de residência duma delas entrei em contato telefónico com a mesma e desloquei-me, após sua autorização, ao seu domicílio. Este momento foi benéfico para a puérpera, pois sendo esta primípara e sem PPP tinha receios e dúvidas que pude esclarecer/apoiar em relação à amamentação, prestação de cuidados ao RN e sinais/síntomas na recuperação pós-parto. Em relação à outra utente, em conversas informais com as colegas que lhe prestaram cuidados ao longo do internamento, apercebi-me que a parturiente desconhecia os sinais/síntomas de início de TP, e como tal, contactou tardiamente o 112 com o intuito da transferência para o hospital de referência.

Nenhuma destas puérperas/família tinham frequentado cursos/sessões de PPP e algumas delas desconheciam os sinais/síntomas de início de TP, ou seja, a educação para a saúde que poderia ter sido benéfica e preventiva nestas situações foi débil e/ou não ocorreu de todo. As razões desta lacuna podem ser várias, nomeadamente renitência das mesmas em deslocarem-se ao CS da

sua área de residência, não existência de EEESMO no CS em questão capacitada para este efeito e, por conseguinte, não existência de cursos de PPP.

3 – REFLEXÃO FINAL

Pretendi com este relatório transmitir de forma concisa e clara todo o meu percurso desenvolvido no EC que decorreu num hospital do Baixo Alentejo. Durante este percurso de aprendizagem esforcei-me por adquirir competências que me permitam prestar cuidados de excelência e especializados às mulheres/família em todas as fases do ciclo vital. Surgiram algumas dificuldades e constrangimentos que apoiaram a reformulação e modificação do meu projeto inicial de estágio, contudo, após ultrapassadas as dificuldades iniciais, considero que consegui atingir os meus objetivos individuais. Sempre que foi pertinente, tentei aproveitar ao máximo as oportunidades que surgiram para informar, instruir e capacitar a mulher/casal/família ao longo do período pré-concepcional, gravidez, parto e pós parto, facilitando o desenvolvimento de competências na transição para a maternidade/paternidade.

O presente relatório tem por finalidade refletir o desenvolvimento das minhas capacidades e competências enquanto futura EEESMO, tendo por base o quadro concetual de enfermagem de Jean Watson. A revisão da literatura foi uma constante no meu processo de aprendizagem, pela necessidade de aprofundar conhecimentos em áreas mais específicas e em matérias teóricas que poderiam estar mais desvanecidas pela pausa no meu percurso académico que fui obrigada a fazer por motivos pessoais/familiares. Tal como descrito na Competência 1 da ICM – “atualiza os seus conhecimentos de forma a manter a sua prática atualizada” (ICM, 2002, pg. 7), a pesquisa enquanto estudante no sentido de me aperfeiçoar foi e espero que seja uma constante futuramente na prática diária. Não posso deixar de referir e agradecer, não só à minha orientadora local e restante equipa multidisciplinar mas também à docente orientadora que esteve sempre disponível e presente para esclarecer dúvidas e me orientar no meu percurso académico. Esta componente teórica e a necessidade de pesquisa diária, veio colmatar a minha certeza de que o processo de aprendizagem é contínuo, e não termina com o fim deste EC, visto que a aprendizagem e a melhoria/atualização dos nossos cuidados deverá ser uma constante no meu futuro enquanto EEESMO.

Desde a minha licenciatura que, por coincidência, incluiu estágio neste serviço de obstetrícia, que o desejo de me especializar nesta área tem vindo a crescer. Acrescentando a este aspeto, o fato de exercer funções desde o término da licenciatura, enquanto enfª generalista nos CSP, num CS que dista desta maternidade (hospital de apoio perinatal de referência) cerca de 100km's (distância-tempo 1h30m), fator determinante na quantidade de partos em meio extra-hospitalar veio provocar em mim uma vontade de atuar nesta área dotada de conhecimentos especializados para ajudar a colmatar esta problemática.

Na área abrangida por este C.S., a quase totalidade das puérperas que tiveram partos em meio extra-hospitalar não tinham frequentado sessões/cursos de PPP, daí que tenha sido esta a temática pela qual me debrucei mais aprofundadamente ao longo do meu Estágio com Relatório. Ao longo deste EC, constatei que todas as parturientes/puérperas que deram entrada na SUOG em período expulsivo do TP ou após partos em meio extra-hospitalar não tinham frequentado cursos/sessões de PPP, confirmando a minha perceção inicial, deste modo, considero que a minha formação académica será uma mais-valia não só para o meu crescimento profissional mas também para as mulheres/famílias da comunidade onde presto cuidados.

Com o término deste estágio, e com a pesquisa realizada acerca desta temática, considero-me detentora de competências e conhecimentos que me permitirão prestar cuidados de saúde especializados às mulheres/famílias, no sentido de prevenir complicações na gravidez/TP e promover a vivência saudável da transição para a parentalidade.

Confesso que inicialmente tive algum receio de não conseguir realizar os 40 partos que estão preconizados no plano de estudos no tempo pré-definido para este EC, contudo pouco a pouco fui conduzindo TPs, pondo em prática as competências técnico-científicas e relacionais, e atingi um total de 41 partos eutócicos.

As situações em que me senti parte integrante daquele momento íntimo e especial na vida da parturiente/casal foram imensas, aspeto que foi propiciado pela minha facilidade na relação com o outro, desenvolvendo facilmente empatia para com estas mulheres/casais. Houve inúmeras palavras de

agradecimento e afeto por parte das parturientes/puérperas/famílias que me deixaram orgulhosa da minha postura e dos cuidados que prestei/prestarei enquanto futura EEESMO. Segundo Collière (1999) cuidar, prestar cuidado é, primeiro que tudo, um ato de vida, de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda.

Este percurso académico proporcionou-me momentos de muita aprendizagem. Ao longo deste EC progressivamente fui ganhando autonomia e responsabilidade na prestação de cuidados especializados, assim como na tomada de decisão e na capacidade de reflexão autocrítica. Este passo gigantesco no meu percurso académico causou-me por vezes dúvidas existenciais, quer pela privação da minha presença para com a minha família quer pela questão económica que foi uma constante ao longo desta “viagem”. Contudo sei que terá frutos num período de tempo muito curto, na medida em que conseguirei satisfazer as necessidades de educação para a saúde e de cuidados especializados às mulheres inseridas na família/comunidade, tendo em vista a promoção da saúde sexual e reprodutiva e a prevenção dos desvios à normalidade.

Ser uma profissional de referência para os outros profissionais multidisciplinares e para as mulheres/famílias é um objetivo que pretendo alcançar num futuro muito próximo no CS onde exerço funções, desenvolvendo consultas de enfermagem direcionadas à mulher/família em período fértil no sentido de prepará-las para uma transição para a parentalidade informada e saudável. Considero importantíssimo a educação para a saúde desde o período pré-concepcional, na medida em que prepara a mulher/casal/família para a gravidez/parto e todas as implicações/mudanças que daí sucedem.

Deste modo, sinto que o EC que realizei neste hospital, e todos os outros que fazem parte do curso, foi uma enorme mais-valia não só pela experiência profissional, pela investigação que realizei na minha área de eleição – PPP, mas também pelo contato direto que tive com um serviço que é referência para o CS onde presto cuidados. Reconhecer e ser reconhecida no hospital de referência de apoio perinatal para as grávidas/puérperas desta comunidade,

será sem dúvida uma mais-valia nos cursos de PPP que irei ministrar no CS da área.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Natalúcia M. et al (maio-junho, 2008) – *Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto*. Rev. Latino-am Enfermagem: 16 (3). São Paulo. www.eerp.usp.br/rlae.

ÁVALOS-HUÍZAR, L. et al (agosto, 2010) - *Parto fortuito. Experiencia de diez años en Jalisco, México*. In: Ginecologia e Obstetricia do México. México. ISSN-0300-9041 Volumen 78, nº 8.

AZEVEDO, Ana F. R. et al (maio 2013) - *Terceiro trimestre de gravidez: conhecimento para o nascimento: Resultados preliminares*. In: XVI Encontro Nacional APEO. Aveiro.

BORGES, Bárbara B. et al (fevereiro 2002) – *Episiotomia: Uso generalizado versus selectivo*. Acta Médica Portuguesa 2003; 16: p.447 – 454. Artigo de Revisão.

CARVALHO, Marcus R. de. e PROCHNIK, Marta (2001) – *Método mãe-canguru de atenção ao prematuro*. Rio de Janeiro – BNDES Social.

COELHO, Lucília S. A. (1996/1998 – registo em 07/11/2003) - *Preparação para o parto: estudo do comportamento das parturientes e das atitudes dos profissionais de saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

COLLIÈRE, M. F. (1999) – *Promover a vida*. Lisboa: Lidel ISBN 972-757-109-3.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (09/2011 atualizado a 12/2013) - *Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco*. Norma nº 037/2011, atualizada a 20/12/2013.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (01/2007) – *Profilaxia da Isoimunização Rh*. Circular Normativa nº 2/DSMIA de 15/01/2007.

GAYESKI, M. E. e BRUGGEMANN, O. M. (março – abril 2009) – *Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal*. In: Ver Latino-am Enfermagem, nº 17(2). Brasil. www.eerp.usp.br/rlae

GRAÇA, L.; FIGUEIREDO, M.; CARREIRA, M. (julho 2011) - *Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade*. In: Revista de Enfermagem Referência III Série nº 4, pp 27-35. Coimbra.

HOTROYD, E.; TWINN, S.; YIM, I. (fevereiro 2011) - *Chinese women's perception of effectiveness of antenatal education*. In: British Journal of Midwifery, vol. 19, nº 2. Londres.

ICM (2010 – revisado em 2013) – *CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONA*. Acedido a 20/02/2014, disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocument/s/ICM%20Competencias%20esenciales%20para%20la%20práctica%20básica%20de%20la%20partería%202010,%20revisado%202013.pdf>

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. (outubro - dezembro 2008) - *Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre a sua aplicação na pesquisa em Enfermagem*. In: Texto & Contexto Enfermagem; 17 (4), p.771-778. Florianópolis.

LOUGHNEY, A.; COLLIS, R.; DASTGIR, S. (abril 2006) - *Birth before arrival at delivery suite: Associations and consequences*. In: British Journal of Midwifery, Vol. 14, nº 4. Londres.

MAMEDE, Fabiana (2005) – *O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto.

Ordem dos enfermeiros (2010) – *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros – *Influência da posição de parto na mãe e recém-nascido: indicador de evidência*. Lisboa: Projeto da MCEESMO-OE – Maternidade com qualidade.

Ordem dos enfermeiros (2010) – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

ROCHA, A. et al. (2003, Nº47/março) - *Cuidar transpessoal. Teoria de Jean Watson*. In: Sinais Vitais, p.61. Coimbra. ISSN 0872-8844.

SCARABOTTO, Leila B. e RIESCO Maria L. G. (2006) – *Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas*. In: Revista Enfermagem USP, nº 40 (3), p. 389 – 395. www.ee.usp.br/reeusp/

VELHO, Manuela B. et al (julho – agosto 2010) – *Reflexões sobre a assistência de enfermagem à parturiente*. In: Revista Brasileira de Enfermagem, p. 652 – 659. Brasília.

VENANCIO, Sonia I. e ALMEIDA, Honorina de (2004) – Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. In: Jornal de Pediatria – vol. 80, nº 5 (supl), p. S173-S180.

WATSON, Jean (2002) - *ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9.

ZANETTI, Miriam R. D. et al (julho 2009) – *Episiotomia: revendo conceitos*. In: FEMINA, vol. 37, nº 7, p. 367 – 371. São Paulo: Brasil.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html

ANEXOS

ANEXO I

Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório



Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório

REGENTE: M^ª Anabela Ferreira dos Santos

DOCENTES: M^ª Anabela Ferreira dos Santos; Helena Bértolo; Isabel Serra; Irene Soares; Esmeralda Afonso; Helena Presado; M^ª João Delgado; Luísa Sotto Mayor; Madalena Oliveira; Teresa Félix; Alexandra Tereso.

1 – INTRODUÇÃO

A formação e os cuidados de saúde são dimensões fundamentais no desenvolvimento da sociedade, representando uma dimensão essencial no desenvolvimento desta. Como é referido no Relatório Mundial de Saúde de 2005 “...a saúde materna, neonatal e infantil deve constituir o centro dos direitos de saúde a proteger e a financiar através do orçamento público e dos sistemas de seguros sociais de saúde...” em que “...os países devem garantir o acesso aos cuidados de saúde a todas as mães e crianças – através de um *continuum* de cuidados, desde a gravidez, passando pelo parto e pelo período neonatal...” e onde “...o acesso universal para mães e crianças impõe que os sistemas de saúde tenham capacidade de responder às necessidades e exigências da população...” (OMS, 2005, 20). Neste contexto, a formação dos enfermeiros de hoje, tem de responder a múltiplos desafios e contribuir para o desenvolvimento de pessoas e profissionais, interessados, informados, intervenientes, com uma forte consciência ética relativamente a si, aos outros e ao próprio mundo, capazes de reflectir, decidir, agir, criar e valorizar a sua condição humana.

De acordo como Plano de Estudos publicado em Diário da República¹ a UC Estágio com Relatório contribui com 30 ECTS e tem um total de 750 horas, sendo 500 de estágio (E), 25 de orientação tutorial (OT) e as restantes horas de trabalho autónomo do estudante .

A discussão pública do relatório final é condição essencial para a obtenção do grau de Mestre.

Caso o estudante não efectue a discussão pública do referido relatório, ser-lhe-á concedido o diploma de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, não conferente de grau académico (pós-graduação).

¹ Despacho n.º 1482/2010. D.R. n.º 14, Série II de 21 de Janeiro

Este documento tem como finalidade facilitar a integração, orientação e avaliação do estudante na UC Estágio com Relatório a decorrer em bloco de partos, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria.

2 – FINALIDADE E COMPETÊNCIAS

Na UC Estágio com Relatório pretende-se que o estudante desenvolva competências que lhe possibilitem:²

- o desenvolvimento da sua capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível;
- a mobilização dos conhecimentos na prática de cuidados e o desenvolvimento da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares;
- a reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetria (EEESMO) que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem;
- o desenvolvimento de capacidades de utilização da metodologia científica no seu quotidiano;
- a mobilização ativa da evidência científica na sua prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos;
- a transmissão de conhecimentos, raciocínios de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar.

3 – OBJETIVOS

De acordo com o preconizado no Plano de Estudos do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria, são objetivos desta UC desenvolver no estudante as competências que lhe permitam:

- prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família em situação de saúde e doença no âmbito da transição para a parentalidade, tendo em vista a promoção da saúde e bem estar da mulher/recém-nascido (RN)/família;
- prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal, de forma a

² Adaptado dos descritores de Dublin e Dec-Lei nº 64/2006 de 21 de Março

contribuir para a diminuição das morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal tendo em vista a promoção da saúde e bem estar da mulher/RN/família;

- aplicar a metodologia científica desenvolvendo um projeto durante o estágio;
- mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstetrícia e ginecologia;
- redigir o relatório de forma lógica, coerente, descrevendo e analisando com rigor os dados obtidos, bem como as competências desenvolvidas ;
- apresentar e defender o relatório em discussão pública, caso pretenda obter o grau de mestre;
- demonstrar comportamentos e capacidades adequadas ao seu desenvolvimento pessoal e profissional como futuro EEESMOG.

4 – METODOLOGIA

Será proporcionada ao estudante uma integração que lhe permita conhecer a missão e filosofia da unidade prestadora de cuidados, nomeadamente, os aspectos fundamentais da sua organização e funcionamento que facilitem o desenvolvimento de competências e concretização do seu projecto.

Após esse período de integração, realizado numa dinâmica de observação participante dos cuidados de enfermagem prestados à mulher, recém-nascido e família, o estudante ficará responsável, sob orientação e supervisão do Enfermeiro Orientador do local (OL), por prestar cuidados especializados à mulher, recém-nascido e família, sustentada no estabelecimento de uma relação terapêutica.

O estudante deverá definir os seus objetivos e atividades para o Ensino Clínico de acordo com:

- as competências acima descritas;
- as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2011)³, nomeadamente as 2, 3 e 4 ;
- as competências 1, 4, 5 e 6 descritas pela International Confederation of Midwives (ICM, 2011);
- as suas necessidades e interesses;
- as necessidades e recursos existentes nas unidades de cuidados;
- o seu projeto individual.⁴

³ Regulamento n.º 127/2011. D.R. n.º 35, Série II de 2011-02-18

⁴ Contribuem para este projecto as UC Investigação em Enfermagem e Opção,

ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA

Pretende-se o envolvimento dos três agentes implicados no processo.

➤ O ESTUDANTE

- Implementação do projecto individual;
- Prestação de cuidados de enfermagem globais a mulheres com patologia ginecológica, parturientes, puérperas, respectivos RN e famílias, em contexto hospitalar;
- Promoção da continuidade de cuidados prestados, individualizando as atividades de acordo com a especificidade de cada situação, utente ou família;
- Realização de, pelo menos, 2 diários de aprendizagem (DA) ao longo da unidade curricular;
- Análise e discussão das situações vividas;
- Elaboração do 1º draft do relatório
- Avaliação das atividades desenvolvidas;
- Realização do relatório das actividades desenvolvidas elaborado segundo as indicações fornecidas na UCs Investigação em Enfermagem, Opção e na presente UC;
- Apresentação e discussão pública do relatório.

➤ O ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO (OL)

- Integração do estudante;
- Discussão dos objectivos e actividades propostas;
- Orientação e supervisão na prestação de cuidados especializados a mulheres com patologia ginecológica e obstétrica, respetivos RN e famílias;
- Análise e discussão das situações vividas;
- Avaliação do percurso e das actividades desenvolvidas.

➤ O DOCENTE ORIENTADOR (OE) / TUTOR DO PROJECTO

- Análise e discussão do projeto nas suas várias etapas
- Orientação na realização das actividades definidas no projecto;
- Análise e discussão das situações vividas
- Avaliação e classificação do percurso e das actividades desenvolvidas
- Orientação na elaboração do relatório
- Membro do Júri de discussão e apreciação do relatório

Os docentes deslocar-se-ão aos locais onde decorrem os Ensinos Clínicos, sempre que tal seja considerado necessário.

CALENDARIZAÇÃO

O Estágio com Relatório tem a duração de 18 semanas, acrescidas de 2 semanas do EC V em serviços de Neonatologia.

Inicia-se a 17 de Fevereiro e termina a 11 de Julho de 2014.

Realizar-se-ão na Escola sessões de análise das práticas, pesquisa bibliográfica e orientação tutorial do estudante. Essas reuniões decorrerão no pólo Artur Ravara da ESEL, das 9:30 às 16:00 horas nos dias 20 de Março (a confirmar), 30 de Abril, 29 de Maio e 3 de Julho de 2014. Em alguns desses dias terão lugar conferências sobre temas relacionados com o Estágio.

Realização de pelo menos 2 diários de aprendizagem (DA), o 1º a ser entregue até 17 de Abril e o 2º até 20 de Junho de 2014.

Ao longo do Estágio será apresentado, implementado e avaliado um projeto individual de acordo com as necessidades e interesses de cada um dos estudantes.

Entrega do 1º draft do Relatório de Estágio até 2 de Maio de 2014.

Entrega do Relatório a 25 de Julho de 2014.

Os horários do Estágio serão estabelecidos de acordo com a equipa em que o estudante está inserido.

Do total de horas da UC (750 horas) 500 horas são de estágio (25 horas semanais), 25 horas são para orientação tutorial e 225 para trabalho autónomo do estudante.

AVALIAÇÃO

A avaliação da aprendizagem é contínua, tendo em conta os objetivos definidos e as atividades desenvolvidas, numa perspetiva de continuidade do projeto individual.

Haverá, pelo menos, dois momentos de avaliação formativa e um momento de avaliação final durante o Estágio. A avaliação do Estágio (qualitativa), será anexada ao relatório final.

Os indicadores utilizados na avaliação constam em documento anexo.

Nos vários momentos de avaliação o estudante elaborará por escrito a sua auto-avaliação tendo como referência nomeadamente, os indicadores, aspetos positivos/aspetos negativos, dificuldades sentidas, evolução do percurso de aprendizagem, estratégias utilizadas e o seu compromisso nos aspetos a desenvolver.

Aspetos a serem incluídos no relatório:

- Caracterização do(s) local(ais) de estágio;
- Filosofia de cuidados e concepção da prática de cuidados que sustentou o projecto;

- Alicerces conceptuais subjacentes à temática;
- Evidência científica existente acerca da temática;
- Implementação e consecução do projeto;
- Descrição dos objetivos, atividades e resultados obtidos;
- Desenvolvimento de competências;
- Reflexão e análise dos resultados.

A avaliação qualitativa do Estágio será um indicador a ter em conta na apreciação da UC.

A classificação obtida na realização e discussão pública do Relatório constituirá a nota da unidade curricular Estágio com Relatório.

Os estudantes que optarem ficar apenas com a Pós Graduação (Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia), terão de formalizar essa intenção. Para estes, a classificação atribuída ao Relatório, no qual a avaliação qualitativa do Estágio é um indicador, constituirá a classificação final da unidade curricular Estágio com Relatório.

**4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNAL E OBSTETRÍCIA
(4º CMESMO)**

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DO ESTÁGIO _____

DATAS: **INÍCIO** _____ **FIM** _____

ESTUDANTE _____

ENFERMEIRO ORIENTADOR _____

DOCENTE ORIENTADOR _____

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data	Data	Data	Data
Estudante				
Enfermeiro Orientador				
Docente Orientador				

CLASSIFICAÇÃO FINAL _____

Estudante: _____

Estágio com Relatório		Docente				
Nível Atingido		Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Indicadores para Avaliação						
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico						
Elabora projecto pertinente e adequado						
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades						
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação inicial ▪ Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem ▪ Planeamento das intervenções ▪ Avaliação/eventual reformulação ▪ Promoção continuidade cuidados 						
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família						
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 						
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efetuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, ▪ Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; ▪ Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 						
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal ▪ Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; ▪ Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 						
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados						
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas						
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.						
Analisa e discute as situações vividas						
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assiduidade e pontualidade ▪ Asserividade ▪ Assunção do seu processo formativo ▪ Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde ▪ Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional ▪ Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica ▪ Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 						

O DOCENTE: _____ Data: ____/____/____

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA

☐

FINAL

☐

Estudante: _____

DATA: ____/____/____	Estudante					Orientador				
Nível Atingido	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico										
Elabora projeto pertinente e adequado										
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das atividades										
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perpetuando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planejamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 										
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família										
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 										
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efetuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 										
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 										
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados										
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas										
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.										
Análise e discute as situações vividas										
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de										

cuidados de enfermagem especializados <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assiduidade e pontualidade ▪ Assertividade ▪ Assunção do seu processo formativo ▪ Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde ▪ Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional ▪ Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica ▪ Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 a 15 valores – Bom; 16 a 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente
 (Dec-Lei nº 43/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE

ENFERMEIRO ORIENTADOR

ANEXO II

Projeto Individual de Estágio



IV CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA

CONTRIBUTOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
NA PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE E NA
DIMINUIÇÃO DOS PARTOS EM MEIO EXTRA-
HOSPITALAR



ORIENTADORA:

Professora Irene Santos

ELABORADO POR:

Cátia Isabel Messias Rosa Parreira, nº 4183

Lisboa; abril 2014

Índice

1 - INTRODUÇÃO	63
2 - METODOLOGIA	65
<u>2.1 – ENSINO CLÍNICO NO BLOCO DE PARTOS NO HOSPITAL JOSÉ</u>	
<u>JOAQUIM FERNANDES (HJJF) EM BEJA.....</u>	<u>7</u>
3 – PROBLEMÁTICA E A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	75
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

Lista de siglas:

CS – Centro de Saúde

CTG – Registo cardiotocográfico

EESMO – Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MF – Maternofetal

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPP – Preparação para a parentalidade

RN – Recém-nascido

SUB – Serviço de Urgência Básica

TP – Trabalho de parto

1 - INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de opção I, inserida no 2º semestre do plano de estudos do 1º Ano do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi desenvolvido este projeto de estágio referente à problemática “A importância dos cursos de preparação para a parentalidade na prevenção de partos em meio extra-hospitalar”, que teve por premissa a seguinte finalidade: Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos relativamente à influência que os cursos de preparação para a parentalidade têm no trabalho de parto e na tomada de decisão da grávida/casal.

A pesquisa efetuada revelou que a Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, concorre para uma ajustada e estimulante análise da problemática, na medida em que esta autora, desde 1985, vem defendendo práticas e uma visão do Cuidar que se considera apropriada à atuação do EEESMO, como um aliado e verdadeiro parceiro da família ao longo da gravidez e após o nascimento do bebé.

Watson (1985) baseou-se na Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson, estudando aspetos psicológicos do ciclo de desenvolvimento pessoal e familiar, e desenvolveu os conflitos que são mais frequentes em cada etapa. A parentalidade é referida pela autora, como um potencial ponto de viragem entre um estado de saúde e um estado de doença, o qual desencadeia um novo ciclo de conflitos de desenvolvimento. O *stress* é um conceito que associa à etapa de transição para a parentalidade, e defende que “o enfermeiro pode desempenhar um papel vital nos cuidados de saúde preventivos, conhecendo e antecipando os *stresses* de desenvolvimento que ocorrem a cada fase da vida” (p.261)

Como futura EEESMO, consciente da importância desse equilíbrio para a saúde familiar e para o sucesso da amamentação, considero pertinente a adoção do seu Modelo Teórico, uma vez que esse equilíbrio abrangente, a que a autora chama *harmonia* e o qual entende como saúde, é o objetivo que devo procurar para promover uma gravidez saudável sem intercorrências e um parto num ambiente em que a parturiente se encontre rodeada de especialistas na

área recebendo todos os cuidados necessários em cada fase do processo de gravidez.

“ O objetivo da enfermagem proposto é ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, corpo e alma o que vai gerar processos de autoconhecimento, autorrespeito, autocura e autocuidado, enquanto permite o crescimento da diversidade”. Watson (2002: p.87)

Sob este objetivo e/ou princípio, impõe-se a compreensão do significado que a grávida/casal encontra na vida, pelo qual pretendo adquirir o conhecimento e a sensibilidade imprescindíveis e assim poder colaborar para o desenvolvimento da *harmonia*, promovendo a sua confiança e segurança, e influenciando positivamente o sucesso do parto natural em meio hospitalar.

Enquanto enfermeira, a exercer funções num C.S. do Litoral Alentejano, deparei-me com uma situação singular desta zona de atuação, nomeadamente: o centro de saúde dista a 100 km do hospital de referência com maternidade. Por outro lado, importa ainda referir que o Concelho de Odemira (maior de Portugal e por curiosidade é 2,5 vezes superior à área da Madeira), este apresenta uma enorme dispersão geográfica, pelo que existem vários povoados dispersos e montes isolados que distam do centro de saúde – SUB até cerca de 50km. Com esta conjuntura, percebe-se porque muitas grávidas chegam à SUB já em trabalho de parto avançado e porque não raras vezes, o parto se dá na ambulância a caminho do hospital ou até mesmo na SUB.

Estamos perante uma problemática específica deste território, e que coloca desafios aos serviços de saúde e à sua articulação com os demais serviços de referência e/ou proximidade. Neste sentido, optei por eleger o Hospital de referência para a realização do meu estágio de bloco de partos, na medida em que esta escolha é a mais indicada para a prossecução da reflexão sobre a influência da preparação para a parentalidade e a diminuição dos partos em meio extra-hospitalar. Posto isto, defini a seguinte pergunta de partida: “A

frequência da grávida/casal nos cursos de preparação para a parentalidade diminui a incidência dos partos em meio extra-hospitalar?”.

2 - METODOLOGIA

Neste projeto, a metodologia foi desde o início encarada como uma ação que teria de ser rigorosa e o seu êxito uma condição *sine qua non* para a obtenção de novos conhecimentos científicos ao nível da questão de partida colocada.

Posto isto, foram analisados os métodos de pesquisa científica, sendo que o mais adequado foi a pesquisa bibliográfica. Assim, neste projeto, realizou-se uma exaustiva revisão da literatura, bem como uma revisão sistemática da literatura.

A pesquisa bibliográfica para este projeto foi efetuada em dois tempos distintos (2012 e 2013-2014), tendo em conta os mesmos critérios de inclusão. Esta situação deveu-se a uma questão pessoal, fui mãe pela segunda vez no final do ano letivo 2011/2012.

Relativamente à revisão sistemática de literatura, esta surge atualmente como uma tendência emergente e primária da necessidade de reunir os dados mais relevantes para a tomada de decisão em saúde, num contexto global cada vez mais orientado para a prática baseada em evidências. Tem vindo a ser definida como “*uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que é conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível*” (Lopes e Fracolli, 2008; p.772), existindo consenso a nível científico quanto às etapas para a sua elaboração.

Para a realização da presente revisão, segui as etapas referidas por Galvão et al (2004; p.551-553), tendo sido o meu ponto de partida a formulação de uma questão orientadora para a pesquisa de artigos científicos que abordassem a problemática da importância dos cursos de preparação para a parentalidade e as suas implicações/consequências de um parto em meio extra-hospitalar.

Ao longo da realização do projeto, considero como parto em meio extra-hospitalar aquele que se dá no domicílio sem acompanhamento de um

profissional de saúde capacitado ou aquele que se dá no veículo automóvel da grávida, em transportes públicos ou na ambulância de transporte para o hospital de apoio perinatal.

Tendo em conta os aspetos referidos anteriormente, delineei a seguinte questão orientadora (PI(C)O): “A frequência das grávidas/casal nos cursos de preparação para a parentalidade diminui a incidência dos partos em meio extra-hospitalar?”. Esta questão PICO pode ser dividida em três elementos constituintes, como podemos ver abaixo:

P (População) – Grávidas/casal

I (Intervenção) – Frequência nos cursos de preparação para a parentalidade

O (Outcomes/Resultado) – Diminuição de partos em meio extra-hospitalar/ambulância.

Os elementos acima apresentados ajudaram a definir os termos para a pesquisa: cursos de preparação para a parentalidade, parto, extra-hospitalar e apoio prénatal.

Para a revisão da literatura defini como critérios de inclusão:

- participantes: grávidas/casais que frequentaram cursos de preparação para a parentalidade; mulheres/casais que pariram em meio extra-hospitalar.
- desenho do estudo: estudos de investigação, artigos, dissertações qualitativas, quantitativas;
- revisões sistemáticas da literatura em língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola.
- espaço temporal: 1998 a julho 2012 (num primeiro tempo de pesquisa) e 2012 a fevereiro de 2014 (num segundo tempo de pesquisa);
- full text de artigos de investigação.

Como critérios de exclusão:

- estudos de investigação pagos ou de difícil acesso.

A primeira pesquisa foi realizada durante o mês de julho de 2012, através dos motores de busca EBSCOhost, com seleção das bases de dados CINAHLplus, MEDLINEplus e LILACS, utilizando e conjugando os termos retirados da questão PICO. Foi utilizada a pesquisa booleana no motor de busca EBSCOhost, com AND para conjugar os 5 termos de pesquisa encontrados. A segunda pesquisa foi realizada durante os meses de dezembro/2013 e janeiro e fevereiro de 2014. Dos 15 textos encontrados apenas 6 se revelaram de maior pertinência na resposta à questão PICO:

1 – *Terceiro trimestre de gravidez: conhecimento para o nascimento.*

Resultados preliminares (Azevedo, A. F. R. et al; 2013)

2 – *Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade* (Graça, L.; Figueiredo, M.; Carreira, M.; 2011)

3 – *Chinese women's perception of effectiveness of antenatal education* (Hotroyd, E.; Twinn, S.; Yim, I.; 2011)

4 – *Parto fortuito. Experiencia de diez años en Jalisco, México* (Ávalos-Huizar, L. et al; 2010)

5 – *Birth before arrival at delivery suite: Associations and consequences* (Loughney, A.; Collis, R.; Dastgir, S.; 2006)

6 – *Preparação para o parto: estudo do comportamento das parturientes e das atitudes dos profissionais de saúde* (Coelho, L. S. A.; 1996/1998)

2.1 – ENSINO CLÍNICO NO BLOCO DE PARTOS NUM HOSPITAL NO ALENTEJO

No seguimento do 2ºano / 2º semestre do 4ºcurso MEESMO, irei realizar o estágio de bloco de partos num hospital no Alentejo, no período de 07/março a 30/julho de 2014. Terei como orientadora local uma EEESMO, com quem realizarei os turnos.

Este EC terá uma carga horária semanal de cerca de 25 horas, o que perfaz em média 3 turnos/semana (para um total de 500 horas de presença obrigatória).

O Bloco de partos do referido hospital está inserido no serviço de obstetrícia, no 5º piso. Este serviço para além do internamento de puérperas e de grávidas com patologia associada, é onde se realizam as consultas de urgência ginecológica/obstétrica e internamento de grávidas em trabalho de parto.

Este serviço é composto por 1 sala de apoio à urgência, 2 salas de partos, 1 quarto de internamento de grávidas em trabalho de parto (3 camas), 1 quarto de internamento de grávidas/puérperas com patologia associada (2 camas) e com WC privado, e 4 quartos de internamento de puérperas/RN (cada um com 3 camas).

Existe ainda uma sala de desinfeção, WC de utentes, WC para profissionais, armazém com material de consumo clínico, balcão de atendimento com uma administrativa das 9h às 17h, uma copa para preparação de leites para RN, uma sala de trabalho de enfermagem, um gabinete de enfermagem com computadores para efetuar os registos de enfermagem, um gabinete médico para registos e um vestiário para os profissionais.

Neste serviço existe o projeto Nascer Cidadão, que tem como objetivo a inscrição obrigatória no registo civil dos RN's. Este projeto implica que todos os RN's devem ficar inscritos no registo civil aquando da alta hospitalar.

Foram definidos pela ESEL os seguintes objetivos para este estágio com relatório:

- prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família em situação de saúde e doença no âmbito da transição para a parentalidade, tendo em vista a promoção da saúde e bem estar da mulher/recém-nascido (RN)/família;
- prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto (TP), puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição das morbilidade e mortalidade materna,

perinatal e neonatal tendo em vista a promoção da saúde e bem estar da mulher/RN/família;

- prestar cuidados de enfermagem globais a mulheres com patologia ginecológica, parturientes, puérperas, respetivos RN e famílias, em contexto hospitalar, em situação de urgência;
- aplicar a metodologia científica desenvolvendo um projeto durante o estágio;
- mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstetrícia e ginecologia;
- redigir o relatório de forma lógica, coerente, descrevendo e analisando com rigor os dados obtidos, bem como as competências desenvolvidas ;
- demonstrar comportamentos e capacidades adequadas ao meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura EEESMOG;
- analisar e discutir as situações vividas.

Com base nos objetivos atrás mencionados defini como objetivos para este estágio os seguintes:

1 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às grávidas/família que acorrem ao serviço de urgência obstétrica:

Atividades a desenvolver:

- acolhimento das grávidas que acorrem à urgência do serviço de obstetrícia;
- anamnese para identificação de necessidades e deteção precoce de desvios da normalidade;
- identificação do índice obstétrico das grávidas que acorrem à urgência obstétrica;
- encaminhamento para médico assistente das mulheres da urgência obstétrica, sempre que se justifique;
- avaliação do bem-estar materno fetal (MF) através de:

- avaliação do traçado cardiotocográfico (CTG),
- desenvolvimento de intervenções necessárias para a avaliação do bem-estar MF (por exemplo oferecer compota para avaliar reatividade/variabilidade fetal),
- encaminhamento para médico assistente sempre que necessário,
- realização das manobras de Leopold,
- avaliação da existência de início de trabalho de parto (TP) através do exame obstétrico e encaminhamento para médico assistente sempre que necessário;
- avaliação da evolução do TP, através de toque vaginal para:
 - avaliação do amolecimento do colo uterino,
 - avaliação da dilatação do colo uterino,
 - avaliação da descida fetal,
 - avaliação da apresentação fetal;
- realização dos registos de enfermagem no sistema informático ALERT.

2 - Prestar cuidados de enfermagem especializados às mulheres/família que acorrem ao serviço de urgência ginecológica:

Atividades a desenvolver:

- acolhimento das mulheres que acorrem à urgência ginecológica;
- anamnese para identificação de necessidades e deteção precoce de desvios da normalidade;
- desenvolvimento de um plano individual de cuidados após identificação dos problemas de enfermagem;
- encaminhamento para médico assistente das mulheres da urgência ginecológica, sempre que necessário;

- realização de educação para a saúde em consonância com as necessidades identificadas;
- encaminhamento para o Centro de Saúde (médico de família e enfermeira EESMO) da área de residência das mulheres/família, sempre que necessário;
- realização dos registos de enfermagem no sistema informático ALERT.

3 – Prestar cuidados de enfermagem especializados às parturientes/RN/família ao longo dos diferentes estádios do TP (no mínimo 40 grávidas/casais):

Atividades a desenvolver:

1º estágio: (amolecimento, apagamento e dilatação do colo uterino)

- avaliação/análise do plano de parto, sempre que a parturiente o tenha, numa tentativa de cumpri-lo ao máximo;
- administração da terapêutica prescrita;
- avaliação da evolução do TP (por exemplo através do toque vaginal, exame obstétrico);
- vigilância do bem-estar MF (por exemplo através da avaliação do traçado CTG, avaliação dos sinais vitais);
- comunicação eficaz com a restante equipa multidisciplinar;
- envolvimento da pessoa significativa;
- apoio emocional solicitado/detetado.

2º estágio: (expulsão do feto)

- orientação da parturiente para os esforços expulsivos;
- execução do parto eutócico com segurança e autonomia;

- promoção do períneo intacto (PI) sempre que possível realizando a episiotomia somente quando necessário;
- realização do parto pélvico se possível;
- participação ativa no parto distócico sempre que possível;
- prestação de apoio emocional à parturiente/pessoa significativa;
- motivação da parturiente elevando a sua autoestima enquanto elemento principal no trabalho de parto;
- envolvimento da pessoa significativa enquanto “ator motivador” da parturiente e gerador de um ambiente de confiança nos esforços expulsivos.

3º estágio: (dequitação)

- estar atenta aos sinais de descolamento da placenta (afluência de sangue à vulva, não retração do cordão quando se faz pressão na região supra púbica);
- realização da dequitação nos diferentes modos em que se apresenta (Schultze ou Duncan), evitando manobras intempestivas;
- avaliação do tipo de placenta e da integridade da mesma;
- avaliação do globo de segurança de Pinard.

4º estágio: (pós parto imediato)

- identificação da integridade da parede vaginal e do colo do útero para despiste da existência de lacerações;
- realização de suturas perineais aquando da existência de episiotomias/lacerações;
- avaliação do globo de segurança de Pinard;
- pesquisa/extração de coágulos no canal vaginal;

- prestação de ensinamentos à puérpera acerca do 1º levante e despiste de complicações no pós-parto;
- realização de ensinamentos à puérpera acerca dos cuidados de higiene para prevenção de infecção da episiorrafia/laceração suturada, aquando da existência desta;
- prestação de apoio emocional à puérpera/família, valorizando o seu papel nesta fase do trabalho de parto;
- transferência da puérpera/RN para a enfermaria de puérperas.

4 - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação à vida extrauterina:

Atividades a desenvolver:

- manter material acessível para eventual reanimação do RN;
- promoção da desobstrução das vias aéreas através da expressão do tórax/pescoço/face ou da aspiração de secreções;
- observação do RN para avaliação do bem-estar e para deteção de malformações;
- clampe e corte do cordão umbilical, incentivando o pai a fazê-lo, sempre que o deseje;
- secagem do RN para diminuição do risco de hipotermia;
- administração de Kanakion e de ácido fusídico no RN;
- promoção do contato pele a pele com a mãe, sempre que possível;
- colocação do RN à mama na 1ª meia hora, sempre que possível;
- avaliação do Índice de Apgar (IA) ao 1º, 5º e 10º minuto de vida do RN;
- vestir o RN;

- permitir o contato com o pai/família sempre que possível.

5 – Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos no âmbito da promoção da parentalidade saudável e na promoção de um parto em ambiente seguro:

Atividades a desenvolver:

- conhecimento da evidência científica através da RSL e de uma revisão da literatura
- prestação de cuidados de enfermagem especializados às mulheres que pariram em meio extrahospitalar (ambulância/SUB's) e acorrem à urgência obstétrica;
- reflexão e análise das práticas de cuidados com a enfermeira orientadora local (OL), enfermeiras do serviço e docente orientadora, assim como em momentos da análise das práticas na ESEL sobre a problemática;
- observação de aulas de preparação para a parentalidade se possível;
- entrevista informal com o comandante dos Bombeiros Voluntários do concelho sobre o nº de partos em ambulância nos últimos 3 anos, para perceber se têm aumentado ou diminuído;
- entrevista informal com a enfermeira especialista do CSO relacionada com as grávidas que participaram nos cursos de preparação para a parentalidade e as que pariram em meio extra-hospitalar;
- entrevistas informais com puérperas que chegam à urgência obstétrica e tenham parido em meio extra-hospitalar;
- entrevistas informais com mulheres que pariram em meio extra-hospitalar nos últimos 3 anos no concelho da área do meu local do exercício profissional.

3 – PROBLEMÁTICA E A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A gravidez é uma fase na vida da mulher/casal que se caracteriza pela necessidade destes desenvolverem ações específicas e ultrapassarem crises próprias, havendo a carência de se reorganizarem (mulher/casal).

Os cursos de PPP que se desenvolvem nos Centros de Saúde, clínicas privadas ou hospitais podem revelar-se uma mais-valia na preparação/adaptação da mulher/casal a esta nova etapa das suas vidas, assim como a vivência da maternidade/paternidade saudável. Segundo Colman e Colman, 1994; Corbett, 2008; Darvill, *et al.*, 2010, citados por Graça, Figueiredo e Carreira (2011), “Aceitar o bebé como pessoa separada: é um tempo de confrontação com medos e ansiedades, para o qual as mulheres se preparam através de classes de PPP; consultas individuais; leituras; contatos com outras mulheres, etc.”

Tendo por princípio a minha sensibilidade e o meu conhecimento empírico dos ensinamentos efetuados ao longo da gravidez, quer nas consultas de vigilância MF no centro de saúde, quer nas sessões de PPP, verifico que estes cuidados são ministrados, na sua maioria, pelos enfermeiros EESMO, sendo aqueles que revelam ter mais competências e capacidades nesta área da prática de cuidados. Segundo Coelho, L. (1996/1998), “os enfermeiros especialistas têm atitudes significativamente mais favoráveis em relação à preparação para o parto”, sendo que estes têm formação e competências específicas na área, facilitando o empowerment do casal na vivência duma parentalidade saudável. Segundo Azevedo, A. (2013), “o enfermeiro destaca-se como profissional de saúde na transmissão de conhecimentos à grávida.”

No seguimento do raciocínio anterior, para Graça, Figueiredo e Carreira (2011), “sendo as enfermeiras especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia um recurso diferenciado, com formação específica na área, e reconhecidas na sociedade como tal, o acompanhamento da grávida/casal quando efetuado pelas mesmas contribui para uma saudável transição para a maternidade”. Daí que é de extrema importância que as grávidas estejam acompanhadas de profissionais de saúde especializados na área da ginecologia e obstetrícia,

aquando do trabalho de parto evitando assim problemas maternos e consequências no RN.

Da experiência profissional que tenho, as sessões de PPP não só aumentam a confiança e esclarecem as mulheres/casais ao longo da gravidez como também lhes dá capacidades para vivenciarem o trabalho de parto com mais tranquilidade, encarando-o como um processo imprescindível para alcançarem o objetivo definido – o nascimento do seu bebé.

A vivência do trabalho de parto e preparação “pré parto” permitir-lhes-á desenvolver competências na identificação dos sinais de início de TP, assim como desenvolverem capacidades e estratégias para alívio da dor inerente ao trabalho de parto. Uma mulher/casal que frequenta durante a gravidez um curso de PPP revela níveis de ansiedade e de dor mais baixos, comparativamente com uma mulher que não tenha frequentado nenhum curso de preparação para o parto/parentalidade (Coelho, L.; 1996/1998). De acordo com Hotroyd, E. et al (2011), as mulheres referem que sentem necessidade de mais informação pré-natal sobre como controlar melhor a dor, uma melhor preparação para uma participação mais ativa no trabalho de parto, bem como aquisição de competências para cuidarem dos seus bebés.

A informação que a mulher recebe na gravidez terá influências positivas ao longo desta e durante as 4 etapas do trabalho de parto, sendo que lhe permite desenvolver mais confiança, controlo e autonomia para tomar decisões e ajudar o seu bebé a nascer. “As aulas de educação prénatal para grávidas e os seus parceiros são amplamente aceites como uma desejável e positiva abordagem à preparação para a experiência do parto.” (Hotroyd, E.; Twinn, S.; Yim, I.; 2011) Segundo o mesmo artigo, as mulheres participam nas sessões de educação prénatal com o intuito de receberem mais informações sobre o período pós-natal, nomeadamente ao nível da dor perineal, depressão pós-parto, isolamento social resultante da maternidade, bem como sobre os cuidados a prestar ao RN.

Uma preparação pré-natal adequada poderá permitir às mulheres terem um maior controlo sobre as suas emoções e estarem mais atentas aos sinais de início do trabalho de parto, facilitando a tomada de decisão atempada, evitando

assim o risco de ter um parto na ambulância, longe de profissionais de saúde especializados na área obstétrica. Segundo os profissionais de saúde inquiridos numa dissertação realizada por Coelho, L. (1996/1998), os cursos de preparação para o parto/parentalidade atuam ao nível da colaboração e controlo emocional da parturiente, do controlo emocional da puérpera, da comunicação e da cooperação das parturientes com os mesmos.

As informações e conhecimentos que se transmitem nos cursos de PPP, bem como a abordagem efetuada e a interação entre as grávidas, impulsionam o desenvolvimento de grupos de apoio (nos períodos pré-natal e pós-parto), assim como a capacitação destas para a gestão dos sintomas somáticos, nomeadamente, para os sinais de início do trabalho de parto e a ida atempada ao hospital de referência. (Graça, Figueiredo e Carreira, 2011)

Num estudo realizado por Ávalos-Huizar, et al (2010), um dos aspetos que propicia os partos fora do meio hospitalar, é a rápida progressão do trabalho de parto, quer por características fisiológicas, quer por multiparidade. Daí que estes cursos de preparação para a parentalidade, onde a mulher/casal recebem informação sobre o trabalho de parto, parto e parentalidade, bem como sinais de início do trabalho de parto, são de extrema importância para capacitarem a mulher/casal na tomada de decisão de quando ir para o hospital não deixando adiantar o trabalho de parto e evitando partos em meio extra-hospitalar sem acompanhamento adequado e especializado, diminuindo assim complicações para a mãe, feto e RN. (Ávalos-Huizar, et al; 2010).

No seguimento do raciocínio anterior, o nascimento de uma criança é um acontecimento decisivo na vida das famílias e na construção das comunidades, e para que este seja perfeito deverá acontecer em condições seguras (Ávalos-Huizar, et al; 2010). No mesmo artigo, cerca de 12% das crianças que ingressam na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de Jalisco são RN por partos em meio extra-hospitalar.

O nascimento de um bebé sem ajuda especializada pode acontecer em qualquer lugar ou momento, daí que os sistemas de saúde devam elevar o nível de educação relacionado com a gravidez, parto e puerpério, com o intuito de prevenir acontecimentos como estes. (Ávalos-Huizar, et al; 2010)

Num estudo realizado por Loughney, Collis e Dastgir (2006), considera que o fato de uma mulher parir num meio extra-hospitalar sem acompanhamento especializado, poderá originar a retenção prolongada da placenta, associada a perda de sangue e transfusão sanguínea.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a evidência científica encontrada, constata-se que todos os estudos atestam que um parto em meio extra-hospitalar e sem acompanhamento especializado pode trazer riscos materno-fetais.

De facto, a revisão da literatura provou a sua pertinência e adequabilidade na medida em que durante o EC em bloco de partos será possível analisar melhor esta problemática aquando da receção das mulheres que pariram em situações descritas anteriormente, bem como as mulheres grávidas que se deslocam ao serviço em situação de urgência obstétrica com trabalho de parto avançado (> = a 5cm de dilatação).

No meu concelho de residência e de prestação de cuidados, existem ainda atualmente partos em ambulâncias e no SUB, locais onde não existem condições adequadas para um parto sem intercorrências, bem como, o acompanhamento por enfermeiros especialistas na área não é efetuado na maioria das vezes. Após entrevistas informais com as EEESMOs do CS onde exerço funções que fazem PPP e com o comandante dos Bombeiros Voluntários do Concelho, recolhi a informação de que, apesar do nº de partos em meio extra-hospitalar não ter aumentado, o ano passado (2013) ocorreram 5 partos em meio extra-hospitalar, sendo que nenhuma das grávidas/casais em questão frequentaram o curso de PPP.

Assim sendo, esta informação corrobora a minha apreciação de que os cursos de PPP podem revelar-se importantes e benéficos para a grávida/RN/casal, na medida em que podem permitir aos mesmos uma avaliação mais rigorosa no surgimento de sinais de alarme e/ou início do trabalho de parto e com consequente deslocamento atempado ao hospital de referência.

Ao longo da realização deste projeto deparei-me com algumas dificuldades, nomeadamente no que diz respeito à revisão sistemática da literatura, onde o leque de artigos/estudos encontrados foi inferior ao esperado, inclusivamente a existência de artigos que relacione a preparação para a parentalidade com os partos em meio extra-hospitalar foi quase inexistente, deste modo penso que seria um estudo de investigação a desenvolver à posteriori aquando da minha atuação enquanto futura EEESMOG, podendo assim contribuir para o enriquecimento científico numa área pouco estudada.

A escolha do modelo teórico de Jean Watson, ajudou-me a verificar que os cursos de PPP e os conhecimentos/competências transmitidos permitem à grávida/casal estabelecer um estado de harmonia ao longo da gravidez que lhes dá capacidade e autonomia de decisão, bem como autoconfiança na mesma.

Em jeito de resumo, considero que o estado de harmonia que a grávida/casal atinge ao longo da gravidez, permitir-lhe-á tomar decisões de forma consciente, sem precipitação ou retardamento na ação.

Para finalizar, considero que a problemática identificada, a questão de partida formulada e até mesmo o local de estágio de bloco de partos, representam uma visão de futuro, pois para além dos ganhos da investigação científica e do enriquecimento pessoal, configuram-se como um contributo para uma melhoria da rede de prestação de cuidados à grávida/casal no meu concelho, uma vez que este estágio contribuirá para uma futura articulação entre serviços, pois enquanto futura especialista de referência no concelho, estreitarei ligações profissionais e de procedimento nesta área.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVALOS-HUÍZAR, L. et al (agosto, 2010) - “Parto fortuito. Experiencia de diez años en Jalisco, México”. In: Ginecologia e Obstetricia do México. México. ISSN-0300-9041 Volumen 78, nº 8.

AZEVEDO, Ana F. R. et al (maio 2013) - “Terceiro trimestre de gravidez: conhecimento para o nascimento: Resultados preliminares”. In: XVI Encontro Nacional APEO. Aveiro.

COELHO, Lucília S. A. (1996/1998 – registo em 07/11/2003) - “Preparação para o parto: estudo do comportamento das parturientes e das atitudes dos profissionais de saúde”. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

GRAÇA, L.; FIGUEIREDO, M.; CARREIRA, M. (julho 2011) - “Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade”. In: Revista de Enfermagem Referência III Série nº 4, pp 27-35. Coimbra.

HOTROYD, E.; TWINN, S.; YIM, I. (february 2011) - “Chinese women’s perception of effectiveness of antenatal education”. In: British Journal of Midwifery, vol. 19, nº 2. Londres.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. (outubro - dezembro 2008) - “Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre a sua aplicação na pesquisa em Enfermagem”. In: Texto & Contexto Enfermagem; 17 (4), p.771-778. Florianópolis.

LOUGHNEY, A.; COLLIS, R.; DASTGIR, S. (april 2006) - “Birth before arrival at delivery suite: Associations and consequences”. In: British Journal of Midwifery, Vol. 14, nº 4. Londres.

ROCHA, A. et al. (2003, Nº47/março) - “Cuidar transpessoal. Teoria de Jean Watson”. In: Sinais Vitais, p.61. Coimbra. ISSN 0872-8844.

WATSON, Jean (2002) - “ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem”. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9.

ANEXO III

Primeiro Diário de Aprendizagem

“Toda a teoria deve ser feita para poder ser posta em prática, e toda a prática deve obedecer a uma teoria. Só os espíritos superficiais desligam a teoria da prática, não olhando a que a teoria não é senão uma teoria da prática, e a prática não é senão a prática de uma teoria. Quem não sabe nada dum assunto, e consegue alguma coisa nele por sorte ou acaso, chama «teórico» a quem sabe mais, e, por igual acaso, consegue menos. Quem sabe, mas não sabe aplicar - isto é, quem afinal não sabe, porque não saber aplicar é uma maneira de não saber -, tem rancor a quem aplica por instinto, isto é, sem saber que realmente sabe. Na vida superior a teoria e a prática completam-se. Foram feitas uma para a outra.”

Fernando Pessoa

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Este Diário de Aprendizagem pretende ser uma narrativa que promove o registo e a reflexão sobre as ocorrências, as decisões, as dificuldades e as facilidades, num essencial contributo para a articulação das capacidades teórico-práticas, refere Fernando Pessoa no pensamento explanado.

1º Diário de Aprendizagem (17/abril/2014)

No 1º momento de avaliação com a professora orientadora (prof. Irene Martins) no bloco de partos e com a orientadora local, debateu-se o fato de em cerca de 3 semanas ainda só ter realizado dois partos, o que nos deixou relativamente apreensivas/preocupadas em relação ao término do meu estágio e do nº de partos exigidos (40).

Na semana seguinte à avaliação, o nº de partos que realizei triplicou. Em 2 dias de estágio realizei quatro partos, dois deles no mesmo dia, com diferença de poucas horas, e é sobre eles que irei alongar-me neste primeiro diário de aprendizagem.

Quando cheguei ao serviço para me fardar, apercebi-me que estava uma grávida em cada uma das salas de partos (duas). Quando tal sucede, é distintivo de que as mesmas já estão com 3-4cm de dilatação no mínimo e/ou com analgesia epidural, situação que me deixou positivamente ansiosa e animada para o turno.

Depois de me fardar, fui juntamente com a minha OL e restante equipa de enfermagem receber o turno, onde nos foi dito que uma das grávidas estava com colo em apagamento permeável a 4 dedos e com bolsa de águas íntegra.

Relativamente à 1ª grávida, foi referido que tinha REBA (rotura espontânea de bolsa de águas) desde as 11h30 desse dia, colo em apagamento e permeável a 2 dedos. Ambas as grávidas tinham recebido analgesia epidural, com perfusão de ropivacaína em cateter epidural por seringa infusora, bem como, ambas, estavam com registo cardiotocográfico em curso e com contratilidade uterina registada, variabilidade e reatividade fetal normal. A senhora que tinha REBA estava grávida de 36 semanas e 2 dias de idade gestacional. A outra grávida tinha 40 semanas e 1 dia, e tinha ocorrido ao hospital por perda de sangue e contrações uterinas, tendo-se diagnosticado uma lesão do colo. Esta mesma grávida tinha tido um parto anterior por cesariana por o bebé estar em apresentação pélvica.

Durante a passagem de turno a médica de serviço que observou as duas grávidas e efetuou amniotomia (rotura artificial de bolsa de águas) à grávida que tinha colo permeável a 4 dedos, observando saída de líquido claro.

Logo no início do turno a médica de serviço que observou as duas grávidas prescreveu perfusão oitócica para ambas. Uma com 500 cc de dextrose em água e 5 unidades de oxitocina, e a outra com 1000cc de dextrose em água e 5 unidades de oxitocina, num débito de 30 ml/h. A diferença na concentração deveu-se ao fato da 2ª grávida ter uma cesariana anterior.

Ao longo do turno fomos avaliando as grávidas e o trabalho de parto das mesmas, quer pelo CTG, quer pela avaliação do apagamento/dilatação cervical, descida do feto e fomos simultaneamente avaliando e considerando/valorizando as queixas das mesmas.

Após cerca de 1hora40minutos de turno, recebemos uma grávida vinda do exterior, trazida pelos bombeiros que vinha de uma localidade a cerca de uma hora de caminho. A utente tinha 42 anos de idade, Gesta 3 Para 2 (2 partos eutócicos anteriores), que referia vontade de fazer força (Reflexo de Ferguson), a mesma tinha vindo a conter-se ao longo da viagem na ambulância e estava com hemorragia. Rapidamente vesti a bata e calcei umas luvas, preparando-me para fazer este parto. Abri o kit de partos e observei a grávida. À observação ginecológica apercebi-me que o feto já estava a coroar e que ainda tinha BAI (bolsa de águas íntegra). Efetuei rapidamente amniotomia e dei

indicações à grávida para fazer força no momento em que sentisse vontade. Durante o período expulsivo a grávida pediu que não se fizesse episiotomia, após avaliação ginecológica da grávida respeitei a sua vontade. O parto correu lindamente, o bebé nasceu com Índice de Apgar (IA) ao 1º minuto 10 e consegui um períneo intacto (objetivo meu e vontade da grávida).

Este parto permitiu-me uma reflexão acerca de vários aspetos. Um deles é a rapidez com que um TP pode evoluir e o tempo para chegar à maternidade mais próxima possa parecer uma eternidade (como referiu a grávida), daí que a informação que se dá nos cursos de preparação para o parto (PPP) e nas consultas de vigilância materno-fetal são de extrema importância para que se diminuam os partos fora do meio extra-hospitalar e sem acompanhamento profissional. Esta grávida não tinha frequentado nenhum curso de PPP e estava com dores/contrações desde a hora do almoço (13h), acabando por parir às 17h51min.

Enquanto futura EEESMO a exercer funções num Centro de Saúde e a orientar cursos de PPP, tenho a perceção da importância da educação para a saúde na prevenção de partos no meio extra-hospitalar, dando alicerces às grávidas para perceberem/reconhecerem os sinais de TP (trabalho de parto) e identificarem o momento em que devem dirigir-se à maternidade. Por outro lado, entendo que é essencial capacitar as grávidas para que possam tomar decisões conscientes e perceber os riscos para elas e para os bebés dum parto em meio extra-hospitalar sem acompanhamento profissional.

Ao mesmo tempo que esta grávida paria, a outra senhora que estava numa das salas de partos também estava a parir. Então fiquei apenas com a oportunidade de mais um parto neste turno.

Quanto à grávida que não tinha parido ainda, esta estava com REBA das 11horas30minutos da manhã e com IG 36s 2d. No momento em que se fez novamente toque vaginal e nos apercebemos que a dilatação estava completa mas o feto ainda não tinha descido totalmente, a médica de serviço considerou a hipótese de aplicar uma ventosa. Neste sentido, estávamos a preparar tudo para isso, mas quando olhámos para a grávida e constatamos que o feto estava a coroar, fui vestir rapidamente a bata, touca e máscara e calcei as

luvas esterilizadas para ser eu a fazer este parto. Preparei a mesa de partos e comecei a ajudar a grávida a orientar a vontade de exercer forças expulsivas corretamente (através da manobra de Valsava), que ajudassem na expulsão do feto. Deste parto nasceu um menino, pelas 21h45min, com IA ao 1º minuto – 9. No procedimento prescindiu-se da episiotomia e o períneo ficou intacto, para alegria da puérpera e mais uma vez objetivo individual atingido.

Considero que parto foi importante para mim, na medida em que estive a maior parte do turno com a grávida, a avaliar a evolução do trabalho de parto, criei alguma relação de confiança com a mesma que contribuiu para a boa realização de um parto, com a expulsão de um menino aparentemente sem malformações, com o períneo intacto. Esta grávida, agora já puérpera, criou também uma relação de confiança com a restante equipa multidisciplinar, o que facilitou a orientação da mesma no período expulsivo.

Analisando os procedimentos efetuados, considero que as minhas dificuldades estão patentes no período expulsivo, no momento em que a cabeça do feto se exterioriza, e a forma como coloco as mãos para a exteriorização dos ombros. Penso que essa situação se deve, para além da minha inexperiência, ao fato de estarmos duas pessoas (eu e a minha orientadora local) lado a lado a ocupar um espaço limitado, em que supostamente deveria estar só uma pessoa. Estou convicta de que o aumento do nº de partos levará ao esmorecimento e desaparecimento desta dificuldade e/ou lacuna.

Em suma, entendo que este estágio está a ser muito enriquecedor a nível pessoal e profissional. Cada vez mais, sinto que estou na profissão e na área de especialização onde obtenho como retorno uma enorme identificação e satisfação com a prática exercida. O acompanhamento do trabalho de parto nas grávidas e depois no fim a realização do parto, todo o rol de emoções e sentimentos que crescem no período expulsivo, a emoção visível dos pais, permitem-me refletir acerca da importância deste processo ser acompanhado por um profissional capacitado e especializado na área, prevenindo anomalias na evolução do trabalho de parto, sendo de extrema importância a avaliação que se faz ao longo dos 4 estádios do trabalho de parto. O culminar deste

processo com o nascimento de um RN aparentemente saudável, é uma das sensações que não se conseguem explicar, é a intuição de dever cumprido.